

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR LEGER GAGNON

L'ADULTE AYANT SUBI UN INFARCTUS DU MYOCARDE:
STRESS PSYCHOLOGIQUE, SOUTIEN EMOTIONNEL DU CONJOINT
ET AJUSTEMENT CONJUGAL

JANVIER 1994

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Chapitre I - Contexte théorique	7
Maladies du coeur et infarctus du myocarde	8
Stress	13
Soutien social	28
Couple et maladie cardiaque	38
Stress chez les épouses	41
Résumé	45
Hypothèses	47
Chapitre II - Méthodologie	48
Sujets	49
Instruments de mesure	50
Procédure	60
Chapitre III - Présentation des résultats	61
Résultats	62
Discussion	83
Conclusion	94

Annexe I - Lettre du centre hospitalier	97
Annexe II - Renseignements généraux	99
Annexe III - Inventaire des sources de stress	103
Annexe IV - Liste des situations	106
Annexe V - Histogrammes de fréquences	111
Références	115

Sommaire

La présente recherche s'intéresse au vécu des couples dont le conjoint masculin a fait au moins un infarctus du myocarde. L'objectif principal est d'étudier certaines relations pouvant exister entre l'état de stress psychologique et le soutien émotionnel du conjoint et d'en évaluer l'incidence sur la qualité de l'ajustement dyadique. De plus, elle vise à identifier les principales sources de stress associées à la maladie cardiaque.

La maladie cardiaque est habituellement traitée dans une perspective biomédicale. Pour un traitement efficace et à long terme de cette maladie, les recherches actuelles soulignent l'importance de faire appel également à un cadre psychosocial. Pour intervenir adéquatement dans le processus de recouvrement de la santé, il est essentiel de situer ce type de maladie en fonction du cycle de vie de l'individu, de sa famille et en fonction de l'évolution temporelle de la maladie.

Les caractères constants, omniprésents et fortuits de cette maladie menaçante suscitent un stress particulier, très intense chez le malade et ses proches. Les recherches indiquent

également que l'appréhension cognitive qu'un individu fait de son événement de vie, par l'évaluation du degré de menace, de contrôle et d'inconnu, influence son état de stress psychologique.

Un événement tel que l'infarctus du myocarde oblige le cardiaque et son épouse à développer des stratégies adaptatives spécifiques à leurs nouvelles conditions de vie. Ces individus ont alors besoin d'un soutien social leur permettant de faire face à leurs nouveaux enjeux adaptatifs.

La population de la recherche est composée de 30 couples (N=60) dont le conjoint masculin a subi un infarctus du myocarde depuis au moins six mois mais pas plus de dix-huit mois. Ils ont été recrutés par le biais de deux centres hospitaliers. Les instruments de mesure utilisés sont un questionnaire de renseignements généraux, la Mesure de Stress Psychologique (Lemyre, Tessier & Fillion, 1988), la Mesure du Soutien Emotionnel (Smolla, 1988), l'Echelle d'Ajustement Dyadique (Spanier, 1976) et l'Inventaire des Sources de Stress (Muckle, 1993). Les données sont soumises à des analyses

descriptives, à des analyses corrélationnelles et à des analyses de régressions.

Les résultats indiquent que, bien que l'état de stress soit comparable à l'ensemble de la population, le groupe des épouses est légèrement plus stressé que le groupe des hommes cardiaques. Les données montrent également que les hommes cardiaques perçoivent avoir significativement plus de contrôle que les épouses. De plus, il existe des relations significatives négatives entre le stress psychologique et le soutien émotionnel et entre le stress psychologique et l'ajustement dyadique. Enfin, les résultats révèlent que les variables prédictrices de l'ajustement dyadique sont dans l'ordre: le soutien émotionnel, l'état de stress psychologique et la perception de contrôle. Toutefois pour ces derniers résultats, il existe des différences importantes entre les groupes.

En somme, les résultats indiquent que le soutien social et en particulier, le soutien émotionnel de l'épouse, exercent une rôle primordial dans le processus d'adaptation du cardiaque à la maladie.

Introduction

La présente recherche s'intéresse aux couples dont le conjoint masculin est cardiaque. L'objectif principal est d'étudier les relations pouvant exister entre le stress psychologique et le soutien émotionnel du conjoint et d'en évaluer l'incidence sur la qualité de l'ajustement conjugal vécu pendant la période de six à dix-huit mois suivant l'infarctus du myocarde . Elle vise également à identifier certaines sources spécifiques de stress présentes chez les cardiaques et leur partenaire.

Selon le type de maladie, il est important, pour bien comprendre les enjeux adaptatifs, de situer l'infarctus du myocarde dans le temps. A cet égard, Rolland (1987) propose une typologie dans laquelle il envisage l'évolution d'une maladie en trois phases: 1) le début de la maladie 2) le développement de la symptomatologie: évolution progressive, constante, épisodique 3) les conséquences intrinsèques de la maladie sur l'individu et son entourage. La maladie cardiaque s'inscrit donc dans chacune de ces phases par le fait qu'elle survient généralement de façon subite, qu'elle suit un développement constant parce qu'évolutive, qu'elle ne semble pas brimer les capacités adaptatives de l'individu et qu'elle risque d'être fatale.

L'infarctus du myocarde entraîne habituellement de lourdes conséquences non seulement sur la santé physique de l'individu mais également sur sa santé psychologique. Il suscite un stress intense lorsque la crise survient et force l'individu, le couple, la famille et la communauté à mobiliser leurs ressources adaptatives (Folkman et Lazarus 1986; Gunn, 1986; Lepore, Evans, et Schneider 1991). Il en résulte d'importantes difficultés d'adaptation aux niveaux personnel, conjugal, familial et social (Doherty, 1990). D'autres auteurs se sont intéressés spécifiquement à l'impact de la maladie sur la vie familiale et sociale (Cutrona & Russell, 1990; Evans et coll., 1983; Lepore et Schneider, 1991; Martin et Hyong-Sil, 1992; Wethington et Kessler, 1986).

En conséquence, la maladie cardiaque oblige l'individu et le couple à développer des stratégies adaptatives appropriées afin de sauvegarder un niveau convenable d'ajustement individuel et conjugal. En fait, les difficultés personnelles reliées à la maladie provoquent de fortes tensions au sein de la dyade, risquant d'entraîner un désajustement. A cet égard, des études reconnaissent le rôle essentiel de la conjointe en tant que soutien social et émotionnel du cardiaque (Bramwell, 1986; Doherty et coll., 1983; Taylor et coll., 1985; Yates, 1989). Par son statut de conjointe, de confidente et sa capacité à

fournir du soutien émotionnel et instrumental (Shumaker, Brownell 1985; Ben-Sira, Eliezer, 1990), l'épouse exerce un rôle crucial dans le processus de réadaptation du malade et dans l'élaboration de stratégies adaptatives adéquates pour le couple et la famille.

Par ailleurs, l'épouse, de par sa position privilégiée de soutien émotionnel et instrumental ressent également beaucoup de stress. Des études confirment l'existence d'un niveau de stress plus élevé chez l'épouse que chez le cardiaque (Gilliss, 1984; Worby et coll., 1991). Chaque source spécifique de stress exige des types spécifiques de soutien afin de palier au stress.

Il appert également que la perception que les gens ont de l'événement stressant par l'anticipation de la menace, de l'inconnu (prévisibilité, incertitude, anticipation) et du contrôle qu'ils en ont, joue un rôle important dans le processus de réajustement (Dohrenwend & Martin, 1979; Folkman, 1984; Khan, (1981: voir Lemyre (1986); Lazarus & Folkman, 1984; Lemyre, 1986). Cette évaluation cognitive de l'événement a des incidences sur le stress (Kobasa, 1979, 1982). La perception se base sur l'expérience acquise et sur les tentatives d'adaptation fructueuses et infructueuses.

Différentes études ont démontré la relation existant entre l'état de stress et l'ajustement dyadique (Badger, 1990), entre le stress et le niveau de dépression et d'anxiété (Coyne et Smith, 1991; Gunn, 1986; Langeluddecke et coll. 1989; Levine, 1982). D'autres relatent l'apport important du soutien social dans le processus d'adaptation à la maladie (Folkman & Lazarus 1986; Gunn, 1986). Dans cette perspective, le soutien social, en particulier le soutien provenant du conjoint, s'avère essentiel pour le malade.

A cet égard, plusieurs auteurs dont Shumaker, Brownell (1985), Ben-Sira, Eliezer (1990) soulignent l'importance de l'épouse comme source privilégiée de soutien affectif et concret. Cependant, peu de recherches ont évalué l'incidence du soutien émotionnel de la conjointe sur l'état de stress et sur l'ajustement dyadique.

A la lumière de ces considérations, il semble essentiel d'évaluer l'ampleur du stress vécu par l'un et l'autre des partenaires, de mesurer leur soutien émotionnel et d'évaluer l'ajustement dyadique. De plus, la procédure visant à déterminer les sources spécifiques de stress pourrait permettre de mieux décrire l'évaluation cognitive que les cardiaques et leur conjointe se font de l'infarctus du myocarde.

Cette recherche situe l'infarctus du myocarde parmi les maladies cardio-vasculaires et relève les principales étapes de son évolution. Elle définit le stress et met en relief le rôle de l'appréhension cognitive dans l'évaluation du stress et souligne l'importance de la perception de menace, de contrôle et d'inconnu associée à l'infarctus du myocarde. Ensuite, elle met à jour les principales recherches sur le soutien social et plus spécifiquement le soutien émotionnel de l'épouse. Elle révèle les enjeux adaptatifs auxquels doit s'attaquer le cardiaque et sa famille afin de s'ajuster à leurs nouvelles conditions de vie. Enfin, les hypothèses et la méthodologie sont exposées, suivies par la présentation des résultats, la discussion et la conclusion.

Chapitre I

Contexte théorique

Les maladies du coeur sont la principale cause de mortalité au Canada avec quatre-vingt mille décès chaque année soit 43% du nombre total (Fondation des Maladies du Coeur, 1992). Selon l'American Heart Association (voir Gunn, 1986) 1,5 million de personnes décèdent chaque année de cette maladie aux Etats-Unis. Santé Québec (1991) indique que les maladies du coeur représentent la première cause de décès et que personne n'est immunisé contre ce type de maladie. En regard de l'infarctus du myocarde, il est à lui seul responsable de 15% des décès chez les hommes et de 14% chez les femmes (Bureau de la Statistique du Québec, 1992)

Maladies du coeur et infarctus du myocarde

La documentation scientifique mentionne généralement trois types de maladie du coeur. Un premier type débute pendant l'enfance par une infection virale ou une carence alimentaire. Dans 65% de ces cas l'étiologie n'est pas connue (Gunn, 1986).

Le second type est l'hypertension ou une pression sanguine trop élevée. Les causes sont difficiles à identifier. Toutefois, il est relativement facile de la traiter avec une

médication appropriée.

Le troisième type est l'artériosclérose. Plus difficile à détecter, elle résulte de l'effet conjugué de l'hérédité, du tabagisme, du stress, de l'alimentation et du niveau d'activité de l'individu. L'infarctus du myocarde est inclus dans ce type de cardiopathie. Il correspond en quelque sorte, à l'aboutissement des problèmes cardio-vasculaires. En effet, l'infarctus du myocarde survient par l'effet conjugué de l'artériosclérose, de l'hypercholestérolémie et de l'obstruction d'une artère par un caillot sanguin. La partie du coeur carencée en oxygène se nécrose et se transforme en tissu cicatriciel fibreux, représentant un point faible dans la paroi cardiaque. L'hospitalisation est nécessaire et malgré les dommages causés au muscle cardiaque, 8 personnes sur 10 retourneront à leurs activités normales mais à un niveau d'activité moins élevé (Gunn 1986).

Ainsi, l'infarctus du myocarde entraîne des séquelles physiques et psychologiques et affecte par le fait même le milieu de vie familial. Il importe également de souligner l'importance des facteurs de risque liés à cette maladie soit l'hérédité, le tabagisme, le cholestérol et le stress. L'action de la médecine traditionnelle porte essentiellement sur l'aspect biomédical relié aux trois premiers facteurs, minimisant ainsi

l'importance du facteur stress.

A cet égard, Doherty et Campbell (1990) affirment qu'un traitement efficace et à long terme de cette maladie doit s'inscrire également dans un cadre psychosocial. L'infarctus du myocarde survient habituellement chez des gens actifs tant aux niveaux professionnel, sportif, sexuel que familial ou social. Ainsi, il perturbe de façon drastique les ambitions professionnelles, matérielles et les activités de loisir. De plus, il atteint la confiance en soi et l'estime de soi du patient, exige beaucoup de compréhension et suscite énormément d'inquiétude chez les proches (Bedsworth & Molen 1982; Bramwell, 1986; Doherty et Campbell, 1990; Worby et coll, 1991). L'infarctus du myocarde force également l'individu à modifier ses habitudes de vie, de penser et sa façon de réagir à des événements ou aux expériences suscitant des émotions fortes. La hantise d'un nouvel infarctus plane comme une épée de Damoclès; la peur de la mort et de la souffrance font monter l'anxiété à son maximum.

Ces conséquences suggèrent de situer ce type de maladie dans un cadre psychosocial en considérant le cycle de vie de l'individu, de la famille et de ses différentes phases de développement. A cet égard, Rolland (1987) propose une typologie de l'évolution d'une maladie en mettant en relation la

dynamique familiale et le type de maladie. Il envisage l'évolution d'une maladie selon trois phases, soit 1) le début de la maladie, 2) le développement de la symptomatologie: évolution progressive, constante, épisodique et 3) les conséquences intrinsèques de la maladie sur l'individu et son entourage.

L'évolution se fait sur un continuum dans le temps et est caractérisée par le type de maladie. (Voir figure 1) Le début de la maladie selon Rolland (1987) se caractérise par le fait qu'elle survient subitement, (infarctus du myocarde) ou graduellement, (Parkinson). Ainsi, pendant cette période de crise, la famille doit se mobiliser très rapidement afin de prendre en charge le patient ayant subi un infarctus du myocarde et les rôles qu'il n'est plus capable d'assumer. Lors de cette mobilisation, les gens ressentent beaucoup de tension et d'émotions confuses. Cela a pour effet, très souvent de réactiver les conflits non résolus. Cette phase exige énormément d'ajustement de la part des gens concernés et demande un certain temps avant que la famille ne retrouve l'équilibre d'avant la crise (Hill, 1949: voir Boss, 1984).

La période chronique (Fig. 1) correspond selon Rolland (1987), au développement de la symptomatologie sous trois formes: maladie progressive comme Alzheimer, récurrente ou

épisodique comme l'asthme et constante comme l'infarctus du myocarde. Ainsi, après une phase de convalescence relativement courte, le patient atteint d'un infarctus du myocarde doit apprendre à vivre avec de nouvelles limites. Il est confronté à un paradoxe: ne pas oublier sa maladie et ne pas s'en préoccuper.

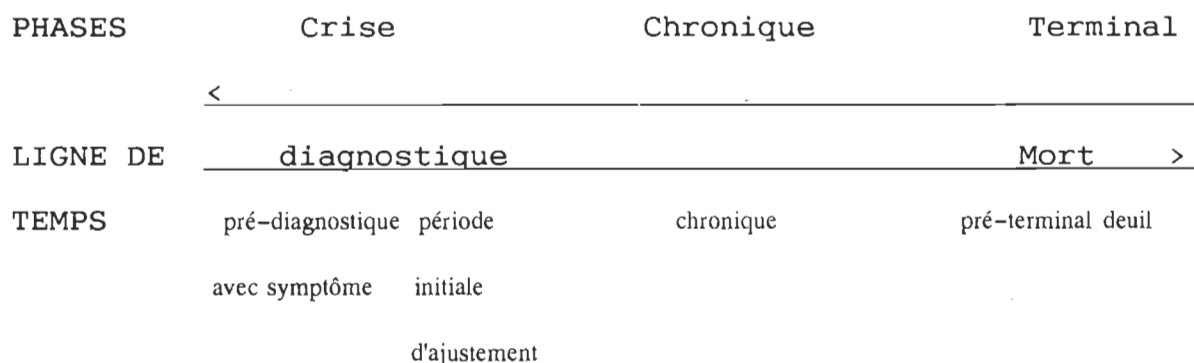


Figure 1. Ligne de temps et phases de la maladie.

Carter (1984) et Wynne, Shield & Sirkin (1992) mentionnent l'importance des périodes de transition entre chacune des phases développées par Rolland (1987) pour l'adaptation des membres de la famille. De plus, cette typologie permet de prendre en considération l'héritage transgénérationnel afin d'évaluer les capacités adaptatives des individus confrontés à la maladie cardiaque.

L'infarctus du myocarde étant une maladie évolutive, la période terminale peut être relativement longue. Souvent handicapé par une perte de capacité énergétique, le cardiaque voit sa liberté de mouvement brimée et impose certaines limitations à ses proches.

L'infarctus du myocarde par son caractère menaçant suscite un stress important tant chez la personne atteinte que chez les gens de son entourage, en particulier l'épouse. La prochaine section définit le stress et présente les principales composantes associées au stress de la maladie cardiaque.

Stress

La littérature sur le stress est très vaste. La présentation se limite ici aux éléments essentiels. Elle vise à définir une conception du stress et à l'intégrer chez les couples confrontés à la problématique spécifique de la cardiopathie. Les recherches sur le stress ont suivi deux grands courants principaux. Le premier se rapporte à la tradition biomédicale avec ses approches physiologiques ou psychosomatiques du stress (Selye, 1974; Rivolier, 1989). Le second courant est davantage psychosocial. Il explore le stress dans des perspectives sociologiques et psychologiques (Lazarus et coll. (1984); McCubbin et coll., 1980, 1983). Cette première partie

sur le stress définit et précise la conception du stress retenue pour cette recherche. Ensuite, des relations avec la problématique étudiée fourniront des éléments essentiels à la compréhension des résultats.

Précisions conceptuelles

Avant d'entreprendre une exploration plus détaillée du stress, il est important d'apporter quelques précisions terminologiques. Le terme stress a été employé et interprété de différentes manières par les chercheurs. Un courant de recherches a fait la distinction entre "strain", stress et stresser. Le stress désigne la charge imposée à un matériau, se référant ainsi à la contrainte extérieure. Le mot "strain" signifie plutôt l'effort interne dans un matériau, se référant ainsi à l'état de tension interne. La conception de Lemyre (1986) découle de ces chercheurs. Elle se situe entre le "strain" i.e. état de tension interne et le "stresser" i.e. désigne les éléments environnementaux. En fait, le désaccord autour du mot "stress" tient surtout à la centration soit sur les sources, soit sur les effets; d'où découle la polarisation conceptuelle: stress en tant que source ou stress en tant que stimulus.

A l'origine, la conception du terme stress s'insérait dans une perspective physiologique. Il correspondait à "une

réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite ... afin de rétablir son homéostasie" (Selye, 1974). Ce chercheur a établi également des liens avec le domaine psychique par les réponses physiologiques résultant de traumatismes psychologiques. Toutefois, le terme stress demeure ambigu comme le mentionne si bien Rivolier, (1989) p. 86:

au vu de ses caractéristiques physiologiques et psychologiques, le stress se rapproche de l'émotion, tantôt c'est l'aspect anxiété, essentiellement ressenti sur le plan intrapsychique, tantôt d'une pathologie, celle-ci pouvant revêtir de très nombreux aspects.

Dans une perspective psychologique, le stress se rapporte à l'état intérieur de la personne soit son degré d'anxiété. A cet égard, le stress comme variable-critère est habituellement évalué à partir des échelles d'anxiété telle le State Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1972). De plus, les recherches recourent souvent à la symptomatologie comme mesure de stress en tant que variable dépendante (Aneshensel, et Frerichs, 1982; Dean et Ensel, 1982). Ils utilisent des questionnaires classiques de santé mentale tel le Hopkins Symptom Checklist (Derogatis & coll. 1974).

Il existe un problème sérieux à distinguer le stress de l'anxiété. Le stress semble se différencier en ce qu'il requiert un référent environnemental tandis que l'anxiété semble

désigner davantage un sous-ensemble autogène de la dynamique intrapsychique (Goldstein, 1973: voir Lemyre, 1986). L'anxiété apparaît donc comme un état interne intrinsèque et le stress un état interne extrinsèque, c'est-à-dire relié à une réalité extérieure (Lemyre, 1986).

Dans la perspective de cette recherche, la définition adoptée sera celle de Lemyre (1986):

Le stress est une réponse idiosyncratique à l'environnement physique ou psychosocial, qui survient temporairement pour se résorber éventuellement (rémission) avec la résolution du problème, s'il y a lieu. Si la résolution est lente, l'état de stress devient lui-même chronique et entraîne un affaiblissement puis une détérioration de la santé. De cette manière, l'état de stress reflète non pas les symptômes ponctuels de l'activation physiologique ou les indices pathologiques mais bien l'état intérieur réel et ponctuel de l'individu.

D'autres auteurs traitent d'une composante cognitive dans le stress. Déjà Hill en 1949 inclut l'appréciation subjective dans son modèle ABCX du stress familial, où X, la crise, est produite par l'événement stressleur (A) en interaction avec les ressources (B) et en interaction avec la définition que les personnes font de la situation (C). McCubbin et Patterson (1980, 1983) adoptent le modèle et illustrent le rôle de la perception subjective dans l'effet interactif du cumul. Ainsi, la maladie vue par le patient ne correspond pas seulement aux

symptômes mais se réfère également aux implications sur les rôles et sur sa vie (Wynne, Shield & Sirkin, 1992).

Modèle de Lazarus

Ce modèle reconnaît l'importance de l'évaluation cognitive dans le stress quotidien ou à la suite d'un événement de la vie. Son approche étudie le stress en terme de transactions cognitives entre l'organisme et l'environnement (Folkman, Lazarus, Gruen et DeLongis, 1986). Pour Lazarus, la réponse au stress est semblable à une émotion (Lazarus et coll., 1980; Folkman et Lazarus, 1986; Folkman & coll., 1986). Cette réponse comporte une composante affective qui est phénoménologique et expérientielle, une composante behaviorale qui regroupe des comportements instrumentaux et expressifs et une composante physiologique d'activation.

Les concepts clefs du modèle de Lazarus se réfèrent à l'évaluation, au sentiment de menace, à la perte ou dommage de même qu'au "coping" (Lazarus et coll., 1980; Lazarus et coll. 1985; Lazarus & Folkman, 1986; Folkman & coll., 1986a; Folkman & coll., 1986b).

Cet auteur, avec ses collaborateurs, divisent les réactions individuelles en deux processus principaux. Face à un

stresseur, l'individu procède à une première évaluation cognitive de la situation comme telle. Il fait ensuite une seconde évaluation par rapport à ce qu'il peut faire relativement à cette situation (Lazarus & coll. 1985; Folkman & coll. 1986a, 1986b). Cette seconde évaluation se fait en fonction d'une perte potentielle ou nuisible à l'estime de soi (Folkman & coll. 1986b).

De ces évaluations découlent des stratégies adaptatives (coping) axées sur la recherche de solutions et d'informations, les changements de situation, la retenue de l'impulsivité et l'improductivité (Folkman & coll. 1986b). Si la stratégie adaptative est défavorable, l'individu éprouve alors un stress. Cet état de stress ressenti entraîne un nouveau processus évaluatif et adaptatif relié au même événement.

Relativement au coping, Lazarus le définit par une personne qui fait constamment des efforts de changement aux niveaux cognitif et comportemental pour gérer les demandes spécifiques internes et externes (Lazarus & Folkman, 1984). A la suite de deux processus évaluatifs, l'un par rapport à la situation, l'autre relativement aux ressources personnelles, l'individu évalue si ses ressources sont suffisantes pour faire face aux demandes inhérentes à la situation. C'est à la suite

de cette réévaluation que les stratégies adaptatives sont adoptées (Lazarus & coll. 1980, Folkman & Lazarus 1986b). Toutefois, selon Lemyre (1986), l'impact cognitif est empiriquement difficile à observer.

Dans la recherche d'une évaluation adéquate du stress il apparaît que le lien stressueur-stress ou stressueur-maladie n'explique que 4 à 9% de la variance (Lemyre, 1986). Il existe donc d'autres médiateurs qui expliquent une plus grande partie de la variance. A cet effet, il est opportun de considérer les stressueurs sociaux comme sources importantes de stress. Ainsi, l'Echelle de Réajustement Social de Holmes et Rahe (1967) montre un éventail d'événements de la vie qui suscitent un stress important tant chez l'individu que chez les membres de sa famille. A cet égard, il semble que l'évaluation cognitive que fait un individu face à un stressueur ait un impact déterminant sur sa réponse adaptative et son état de stress.

Khan (1981: voir Lemyre, 1986) propose un modèle impliquant la représentation cognitive subjective des stimuli. L'environnement objectif se transforme en environnement subjectif qui déclenche des réponses physiologiques, émotionnelles et comportementales déterminant l'état de santé selon deux sources d'influence: les caractéristiques de l'individu (personnalité)

et les relations interpersonnelles (réseau de support). Selon lui, il existe trois variables cognitives qui déterminent le stress: "predictibility, understandability and controlability".

L'évaluation subjective cognitive implique que les gens ne voient pas tous le même stresser de la même façon. De plus, les mêmes stressers entraînent des stratégies d'adaptation différentes et provoquent des conséquences particulières d'un individu à l'autre. Ainsi, l'évaluation subjective que les individus se font relativement à un même stresser est assujettie à l'anticipation qu'ils ont du contrôle, de l'inconnu et de la menace de ces mêmes stressers.

Le contrôle

L'évaluation cognitive d'un stresser porte essentiellement sur sa valence, sa gravité, son impact et sur l'impression de contrôle. Plusieurs auteurs ont exploré la notion de contrôle perçu (Folkman, 1984, Lazarus & Folkman, 1984). Il peut s'agir d'un contrôle personnel, d'un sentiment de contrôle ou de compétence ou alors d'un contrôle impersonnel, situationnel et environnemental (Lemyre, 1986).

Des chercheurs ont démontré que les personnes qui ont le contrôle sur leur environnement bénéficient d'une bonne santé

psychologique. En fait, quand un individu perd le contrôle de sa vie, il devient déprimé et a des affects négatifs (Wortman & Brehm: voir Hegelson, 1992). Thompson (1981) mentionne que les effets bénéfiques du contrôle ne s'appliquent pas seulement sur le contrôle actuel mais également sur le contrôle perçu. Le besoin de contrôle semble être proportionnel à la gravité de la maladie (Goetz, Adler & Weber, 1992).

La maladie chronique tel l'infarctus du myocarde est une situation sur laquelle les individus ne peuvent avoir un contrôle complet. Cependant, parce qu'il est possible de contrôler certains aspects de la maladie, la perception de contrôle peut favoriser l'adaptation (Hegelson, 1992). Le contrôle perçu affecte positivement la santé en augmentant les efforts d'adaptation, en réduisant la détresse et en fournissant une image positive de soi (Lefcourt: voir Hegelson 1992; Thompson, 1981).

Dans une recherche avec des hommes mariés ayant subi un infarctus du myocarde, Ben-Sira (1990) ajoute le contrôle de soi au soutien de l'épouse comme source d'ajustement. Selon ses résultats, le réajustement est expliqué par les variables suivantes: il note des corrélations significatives entre les dimensions cognitives, affectives et instrumentales et les

variables de maîtrise de soi (.87 $p < .001$, .58 $p < .001$ et .35 $p < .001$), d'estime de soi (.89 $p < .001$, .77 $p < .001$, .47 $p < .001$) et de compréhension de la maladie (.70, $p < .001$, .57 $p < .001$, .51 $p < .001$).

Pour sa part, Hegelson (1992) associe le contrôle perçu avec l'aspect menaçant de la maladie. Ainsi, la relation entre le contrôle perçu et l'ajustement à une maladie chronique était plus fort dans des conditions de menace sévère (faible pronostic de survie et ré-hospitalisation). Relativement à la maladie cardiaque, beaucoup de patients affirment qu'ils ont ou que quelqu'un d'autre a du contrôle sur la maladie. Ainsi, 3% des patients disent n'avoir aucun contrôle, 5% un peu de contrôle, 46% disent quelque peu et 46% affirment avoir beaucoup de contrôle sur leur maladie.

Selon Hegelson (1992) l'évaluation du contrôle indirect (vicarious control) influence le contrôle perçu. Ce type de contrôle est habituellement relié aux soins de santé dispensés par des professionnels et a des conséquences sur l'ajustement (Folkman, 1984). Il se réfère à la perception du malade que quelqu'un ou quelque chose d'autre contrôle sa maladie. Dans l'étude de Helgeson, (1992) 16% des patients répondent n'avoir aucun contrôle indirect, 19% un petit peu de contrôle

indirect, 46% quelque peu et 19% beaucoup de contrôle indirect. Il existe une différence significative ($t(79) = 5.85$ $p < .001$) entre la moyenne des patients qui ont perçu avoir plus de contrôle ($M = 3.36$) et la moyenne du groupe de patients qui estiment que quelqu'un d'autre contrôle ($M = 5.85$) leur maladie.

Pour le cardiaque, il est relativement difficile d'avoir une évaluation réaliste du contrôle. Toutefois, il est possible qu'il puisse exercer un contrôle effectif sur sa diète, sa médication, le tabagisme et ses activités physiques. En fait, chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde, les chercheurs ont rapporté que ce ne sont pas les facteurs physiologiques mais bien les facteurs psychologiques qui entravent le processus de rétablissement (Hegelson, 1992; Mayou, 1984; Trelawny-Ross & Russel, 1987). En outre, les patients qui ont subi une intervention médicale (perception de contrôle indirect) rapportent avoir un meilleur ajustement (Hegelson, 1992).

L'inconnu

Le fait de connaître les facteurs intrinsèques et extrinsèques d'une situation ou d'un événement de la vie permet à un individu d'effectuer une évaluation cognitive adéquate, contribue à maintenir un faible niveau de stress et favorise l'élaboration d'une stratégie d'adaptation appropriée.

Les auteurs utilisent habituellement les termes de prévisibilité, d'incertitude et d'anticipation pour déterminer et évaluer une situation ou une étape à venir (Khan, 1981: voir Lemyre, 1986; Lazarus & Folkman, 1984). Pour sa part, Muckle (1993) utilise plutôt le terme inconnu qu'elle définit ainsi:

Actuellement, jugez-vous que cette situation comporte beaucoup d'incertitude et qu'il vous est difficile de prévoir ce qui va se passer, quand et de quelle manière? Pour vous, le degré actuel d'inconnu est... (de 1 à 8).

Selon Meichenbaum et coll. (1975) et Leff (1975: voir Lemyre 1986), l'imprévisibilité et l'incertitude comportent un caractère stressant inhérent. Dohrenwend et Martin (1979) considèrent l'anticipation comme déterminante du stress. L'inconnu est également lié à l'anticipation de la menace et au degré de contrôle sur une situation donnée.

Menace

La perception de la menace fait également partie de l'évaluation cognitive qu'un individu fait d'un événement de la vie et conditionne le stress ressenti. Elle se traduit par la menace physique, matérielle ou encore par une menace au concept de soi, à l'estime de soi (Lazarus & Folkman, 1984). De plus, ces auteurs associent la menace et le contrôle. Plus l'évalua-

tion cognitive traduit la menace comme étant sévère, plus il est important que l'individu ait la perception qu'il a le contrôle de la situation.

Pour les gens atteints d'un infarctus du myocarde, plus la menace est élevée, plus le pronostic pour un bon ajustement est faible (Hegelson, 1992). Selon Martin et Hyong-Sil (1992), les cardiaques insécures perçoivent l'infarctus du myocarde comme ayant un niveau de menace élevé (.49, $p < .01$), comme étant un événement de vie des plus menaçant (.29, $p < .05$). Ils mentionnent que les facteurs de personnalité influencent la perception et l'adaptation chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde.

L'évaluation cognitive qu'un individu fait d'un événement de la vie (stresseur) détermine les stratégies adaptatives qu'il adoptera et par le fait même son ajustement. L'appréciation subjective suggère un processus cognitif qui synthétise et intègre les diverses informations provenant de la situation objective, des ressources personnelles, de l'histoire passée, des attentes, des motivations, de la personnalité et des interactions entre ces sources. Cela correspond en fait à un jugement global et intégré de l'individu à une situation spécifique et conditionne sa façon d'agir ou de réagir.

Maladie cardiaque et stress

Doherty et Cambell (1990) rapportent que la documentation actuelle montre clairement que la crise d'angine et l'infarctus du myocarde sont liés indirectement au stress psychosocial et au soutien. Ils soulignent que relativement à l'infarctus du myocarde, les individus et leur famille ont tendance à minimiser la gravité des symptômes et à attendre avant de consulter. Ils poursuivent en affirmant que la peur de la crise cardiaque mène les gens à une entente implicite afin d'ignorer des symptômes classiques tels une douleur à la poitrine et des palpitations. A l'inverse, d'autres familles relient toutes les douleurs de poitrine à la maladie cardiaque.

Pour sa part, Ross Carter (1984) souligne que dans le cas de l'infarctus du myocarde, la phase d'adaptation de la famille débute lorsque l'état d'urgence prend fin ou lorsque la maladie semble s'être installée dans la famille pour de bon. C'est une maladie qui provoque le stress d'une mort subite. Elle révèle deux agents de stress importants: 1) les efforts déployés par le patient et sa famille pour contrôler les facteurs reliés au mode de vie, et 2) la mesure dans laquelle le patient peut reprendre ses anciens rôles. Ces agents de stress forcent les familles à faire face aux problèmes d'inclusion, de

contrôle et d'intimité pendant la phase d'adaptation (Doherty & Colangelo, 1984: voir Carter, 1984).

Ruberman (1984) indique que le stress conjugué à l'isolation sociale quadruple les risques de mourir ou d'avoir une crise cardiaque soudaine et qu'un bas niveau d'éducation augmente encore ce risque. Pour leur part, Hentinen (1983) et Gunn (1986) soulignent qu'une information adéquate contribue à diminuer le stress tandis que Ladwid et coll. (1991) précisent que l'infarctus du myocarde apporte des désordres affectifs importants et que l'anxiété est le problème central de cette maladie (Winnicka, 1991).

Ainsi, le stress conjugué aux facteurs de risque tels l'hérédité, le tabagisme, l'alimentation et le niveau d'exercice de l'individu joue un rôle déterminant dans l'avènement des maladies cardio-vasculaires (Rivolier, 1989) et en particulier chez les gens ayant subi un infarctus du myocarde. Ce dernier a des conséquences sur le vécu des malades mais également sur celui du conjoint et des enfants (Bramwell, 1986; Gilliss, 1984; Gunn, 1986; Ruberman & coll. 1984).

Le stress engendré par la maladie cardiaque et plus spécifiquement par l'infarctus du myocarde, force les individus à développer des stratégies adaptatives afin de s'ajuster à leur

état de santé, à leurs nouveaux rôles et à leurs nouvelles limites. Cependant, il se peut que les ressources personnelles ne suffisent pas et que les gens impliqués soient obligés de demander de l'aide pour recevoir de l'information, du support direct ou encore pour recevoir davantage de soutien personnel. Les ressources en soutien social s'avèrent alors essentielles pour fournir l'aide appropriée et soutenir les gens confrontés à cet événement de la vie.

La prochaine partie définit le soutien social, la perception de soutien et le soutien reçu. Elle précise les différents types de soutien disponibles et met l'emphasis sur le soutien de l'épouse.

Soutien social

Cette section présente globalement le soutien social et les réseaux de soutien. Elle fait la distinction entre les différents types de soutien disponibles et les met en relation avec la problématique spécifique de l'infarctus du myocarde. Elle précise le rôle important de l'épouse comme source de soutien affectif auprès du mari cardiaque et définit le soutien perçu et le soutien reçu.

Le terme de soutien social englobe les différents

médiateurs sociaux impliqués dans le support des individus, des familles et des communautés confrontés à des difficultés spécifiques. Il vise plusieurs fonctions: restaurer l'estime personnelle et procurer le sentiment d'être aimé et accepté; procurer une aide concrète matérielle et financière; fournir des renseignements, conseils et références; consolider l'identification à un groupe; favoriser la participation à des activités récréatives et l'accès à de nouvelles relations sociales (Mitchell & Trickett, 1980). Certaines de ces fonctions sont davantage reliées au bien-être ou à une adaptation optimale associée à la problématique étudiée (Cutrona & Russell, 1990).

L'effet bénéfique du soutien social peut se traduire de différentes façons. Le soutien social peut contribuer à amortir l'impact d'événements de vie en permettant à l'individu d'en faire une interprétation plus ajustée ou de réduire l'aspect menaçant (Cohen & Wills, 1985; Gottlieb, 1983; Lemyre, 1986). Il peut faciliter l'accès aux services professionnels et non professionnels, encourager leur utilisation, maximiser la participation aux traitements médicaux et le respect des recommandations médicales (Bloom, 1990: voir Muckle, 1993; Doherty & Schrott, 1983; Hilbert, 1985).

Le soutien social vise ainsi à soutenir les tentatives

d'adaptation des individus et à les orienter vers d'autres ressources associées également au soutien social. Dans ce sens, il peut se référer au réseau social, au réseau de soutien, à l'aide reçue et à la perception de soutien social (Muckle, 1993).

Le terme soutien social se rapporte le plus souvent selon Tousignant, (1988) au réseau social et au réseau de soutien. Le réseau social se réfère aux gens qu'un individu connaît alors que le réseau de soutien rassemble plutôt les personnes susceptibles d'apporter de l'aide en cas de besoin (Thoits, 1982). La différence réside au niveau de la structure et de la mission de chaque réseau. Le concept de soutien social fait également référence à la perception du soutien et au soutien reçu.

La perception du soutien

Le soutien perçu se réfère à la croyance ou à la perception que l'aide a été ou sera accessible (Sarason, Sarason & Pierce, 1990a) en cas de besoin. L'accessibilité est opérationnalisée par la perception de la satisfaction et de la disponibilité de l'aide (Muckle, 1993). La perception de soutien peut être globale ou spécifique (Sarason, & coll. 1990). Elle est globale si elle se réfère aux membres du réseau de soutien et

spécifique si le jugement d'accessibilité se rapporte à l'aide provenant d'une personne ou d'un groupe de personnes en particulier.

Ainsi, selon l'étape d'évolution d'une maladie (Rolland 1987), les besoins d'aide du cardiaque peuvent être comblés lors de la crise, par le réseau de soutien médical. Pendant la convalescence, les réseaux de soutien familial et social s'ajoutent au réseau de soutien médical afin de soutenir le patient cardiaque et ses proches. Ces types d'aide spécifiques nécessitent une évaluation des capacités individuelles à fournir une aide adéquate. Or les épouses, les enfants et les confidents se situent en première ligne du réseau social du cardiaque et constituent les ressources d'aide spécifique associées au réseau de soutien social et habituellement, elles sont privilégiées par la personne en recherche d'aide.

En accord avec Rolland (1987), les résultats de l'étude de Larsson et Fridlund (1991) indiquent que les besoins de support social varient selon l'étape d'évolution de la maladie.

Le soutien reçu

Le soutien reçu regroupe les différentes formes de

soutien disponible: soutien instrumental, soutien émotionnel et soutien informatif (Glass & Maddox, 1992; Muckle, 1993). Le réseau de soutien émotionnel, selon Glass et Maddox (1992) regroupe les personnes de l'entourage immédiat (conjoint, enfant, confident) qui fournissent une forme d'affection, de réassurance et d'éducation. Il permet de ventiler les sentiments et facilite la résolution du processus de perte. Le soutien émotionnel peut opérer par le rehaussement de l'efficacité personnelle et procurer un sentiment de maîtrise de soi malgré le déficit. Le soutien émotionnel réduit les symptômes de dépression par l'augmentation de la maîtrise de soi et de l'estime de soi (Perlin & coll, 1981).

Le réseau de soutien instrumental rassemble les individus qui procurent une aide concrète matérielle ou financière (Muckle 1993). Avorn et Langer (1982) montrent que l'encouragement (support émotionnel) est associé avec une meilleure performance dans les tâches cognitives tandis que l'assistance directe (support instrumental) ne soutenait pas une telle performance. Le réseau de soutien informatif regroupe les personnes fournissant de l'information relativement à la maladie et à la façon de s'y adapter (Glass & Maddox, 1992).

Plusieurs auteurs se sont intéressés à ces trois types

de soutien tandis que d'autres ont évalué plus spécifiquement un type de soutien en particulier. Les études décrites dans la prochaine section constituent une mise à jour des recherches effectuées relativement au soutien émotionnel, instrumental et informatif; toutefois, l'emphase portera sur le soutien émotionnel.

Types de soutien et soutien de l'épouse

La recherche de Glass et Maddox (1992) sur ces trois types de soutien découle d'une étude longitudinale des six premiers mois suivant la crise. Pendant le premier mois, les résultats de cette étude ne montrent aucune différence entre ces trois types de soutien; cela témoigne de l'importance de considérer les étapes d'évolution de la maladie (Rolland 1987) avant de privilégier un type de soutien en particulier. Scalzi (1980: voir Bramwell, 1986) estime que la période de quelques semaines suivant la sortie de l'hôpital est idéale pour apporter une aide adéquate.

Or, selon Glass et Maddox (1992), du deuxième au sixième mois de la convalescence, le support émotionnel s'est trouvé être le meilleur prédicteur du processus de rétablissement. Le support émotionnel subvient à des besoins spécifiques en renforçant l'estime de soi et aide les patients à accepter

leur image corporelle (Evans et Northwood, 1983). Les données de l'étude Glass et Maddox (1992) révèlent un haut niveau de surprotection des épouses et une perte de sens de la réalité envers leur partenaire. Ils affirment que plus il y a de support mieux c'est. En outre, cette étude révèle que trop de support instrumental conduit à la dépendance. D'autre part, Mayou (1984) ajoute que l'intimité maritale semble être le plus important déterminant émotionnel.

D'autres auteurs affirment que le soutien disponible pour le patient et les gens de son entourage immédiat diminue avec le temps (Aneshensel et Frerichs, 1982; Schulz et Tompkins, 1990). Doherty et Schrott (1983) mentionnent que les hommes qui ont un haut niveau de support de leur épouse (96%) ont significativement plus de probabilité d'adhérer à leur médication que ceux qui ont moins de support (70%) de leur conjointe. Mayou, (1984) poursuit en affirmant que les patients mariés se rétablissent plus rapidement que ceux vivant seuls.

Ben-Sira et Eliezer (1990) affirment également que les épouses jouent un rôle crucial dans le réajustement après une attaque cardiaque et que le support émotionnel ($r=.41$, $p<.001$) et le support instrumental ($r=.28$, $p<.05$) accomplissent un rôle essentiel dans l'augmentation de la maîtrise de soi et dans

l'estime de soi des patients. Ces données sont également appuyées par Fournet et Schaubhut (1986).

Pour sa part, Badger (1990) mentionne que la recherche de support social dans l'élaboration de stratégies d'adaptation est positivement influencée par le sexe. Il expliquerait 17% de la variance, le reste des 29% étant expliqué par les huit stratégies d'adaptation évaluées (confrontation, distanciation, contrôle de soi, recherche de support social, acceptation des responsabilités, évitement, résolution de problème et réévaluation positive).

Le soutien social et en particulier le soutien de l'épouse influencent l'adhésion à des programmes de réadaptation. Ainsi, certains auteurs (Andrew et coll., 1981: voir Bramwell, 1986; Granger, (1974); Thompson et Meddis, 1990a, 1990b) indiquent que beaucoup de patients abandonnent les programmes de réadaptation par manque de support de l'épouse. Pour leur part, Bramwell (1986), Fournet et Schaubhut (1986), Hentinen (1983) soutiennent que, pour que l'épouse puisse fournir un support adéquat, elle doit avoir une information suffisante relativement à la maladie cardiaque.

De plus, Bramwell (1986) mentionne que la femme qui a une communication ouverte avec son mari a moins de difficultés

à être sensible au vécu de son conjoint donc à le soutenir. Cependant, celle qui a de la difficulté à empathiser, attribue son inaptitude à soutenir son mari à l'incapacité de ce dernier à communiquer. Ainsi, la participation de la femme aux activités physiques de son mari change sa perception des capacités de ce dernier (Taylor & coll, 1985). Gunn (1986) précise cette affirmation en indiquant qu'un des facteurs de la santé mentale des femmes est la perception qu'elles ont des capacités de leur conjoint.

Bedsworth (1982) et Ben-Sira (1990) soulignent que l'épouse exerce un rôle important sur l'adaptation physique et émotionnelle du cardiaque à sa maladie. Il devient donc important que l'épouse puisse recevoir un support adéquat du réseau social. Quant aux sources de soutien social privilégiées, Nyamathi (1987) prétend que 100% des épouses recherchent du support émotionnel provenant de la famille et des amis tandis que Fournet et Schaubhut, (1986) affirment que les épouses ont un besoin essentiel de support pendant la phase de la crise.

Steinglass et coll. (1982) ont démontré que les familles ont tendance à coopérer pendant la phase aiguë d'une maladie afin de protéger le malade contre le mal. Les résultats de ces recherches corroborent celle de Hentinen (1983) dans

laquelle il évalue plus spécifiquement les soins à domicile. Selon Hentinen (1983), l'origine du support des 59 épouses évaluées se répartit comme suit: 32% des parents, 20% des voisins, 16% des infirmières, 16% des médecins et 16% d'autres sources. Toutefois, ces résultats sont infirmés par ceux de Bramwell (1986) qui indiquent que 83% des femmes n'ont pas de problèmes spécifiques dans leur rôle de support émotionnel.

Jusqu'à maintenant, les recherches portant sur le soutien social ont cherché à évaluer l'accessibilité à des sources d'aide spécifiques afin d'obtenir le soutien émotionnel, instrumental et informatif nécessaire à l'adoption de stratégies adaptatives (coping) appropriées. Ces études basent leur évaluation de soutien sur les seules réponses subjectives du sujet; cela implique la possibilité d'un biais difficilement évaluable et contrôlable (Muckle, 1993). Cependant, toutes ces recherches confirment l'effet bénéfique du soutien social.

Quelques recherches mettent en relation le soutien social et le stress. Lin et coll. (1979) rapportent une différence significative ($t_{(C-1)} < .01$) entre un niveau de support social élevé et un faible niveau de stress. Pour leur part, Ruberman et coll. (1984), indiquent que le soutien social combiné au stress exerce une influence sur la mortalité post-infarctus.

Ainsi, les patients classifiés comme étant socialement isolés et ayant un haut niveau de stress ont quatre fois plus de risque de mourir que les hommes possédant un bas niveau de stress et d'isolement.

Le soutien social rassemble tous les médiateurs sociaux impliqués dans le support des individus, des familles et des communautés confrontés à un événement de la vie tel l'infarctus du myocarde. A cet égard, l'épouse exerce un rôle particulier relativement à l'adaptation du cardiaque à sa maladie et à l'ajustement conjugal du couple. Le soutien social se manifeste sous différents types de support: le support émotionnel, le support instrumental et le support informatif. Plus spécifiquement, le soutien émotionnel ressort comme étant le support le plus important relié à la maladie cardiaque. Le soutien social regroupé sous ces types de support, constitue ainsi l'un des principaux atténuateurs du stress.

Couple et maladie cardiaque

La cardiopathie a un impact évident sur l'intégrité psychologique des deux partenaires (Bohachick et Anton, 1990). Ces auteurs poursuivent en indiquant que plus les patients ont une incapacité physique à fonctionner, plus les patients et les épouses ont des problèmes conjugaux. A cet égard, Shanfield,

(1990) indique que l'infarctus du myocarde affecte tous les fonctionnements conjugaux.

Dans le cas d'un pontage coronarien, près de la moitié des sujets rapportent une détérioration des relations conjugales résultant de la maladie coronarienne lors d'une étude prospective sur deux ans (Langeluddecke et coll., 1989a). Les résultats montrent que 12 mois après le pontage, 84% des sujets rapportent une amélioration significative de leur relation conjugale comparée à l'évaluation pré-opératoire. D'autre part, Langeluddecke (1989b) révèle que la dépression du patient 12 mois après le pontage est significativement reliée à l'anxiété ($F = 5.2$, $p < .05$) et à la détresse psychologique ($F = 5.2$, $p < .04$) de l'épouse.

Dans les cardiopathies sévères tel l'infarctus du myocarde, il est intéressant de préciser que les épouses ont une plus grande détresse psychologique que les maris: 82% versus 56% relativement au souci, 61% versus 40% pour l'anxiété et 39% versus 20% pour la dépression (Bohachick et Anton, 1990). Malgré ces différences, 83% des femmes et 89% des maris de cette étude affirment que leurs relations sont bonnes. Cette affirmation est soutenue par des corrélations significatives se rapportant aux relations sexuelles ($r = .53$, $p < .001$), à l'envi-

ronnement domestique ($r = .41$, $p < .001$) et à l'environnement vocationnel ($r = .23$, $p < .05$).

Dans des études avec des femmes dont le mari a subi un infarctus du myocarde, Levine, (1982) et Thompson & Cordle (1988) indiquent que toutes les femmes de leur recherche montrent des symptômes d'anxiété et de dépression. Ainsi, 67% d'entre elles ont un haut niveau d'anxiété, 37% ont déjà fait une dépression sévère, 77% montrent des signes de fatigue et d'insomnie et 55% ont une perte d'intérêt sexuel.

Selon Fiske et Coyne (1991), l'hostilité et la surprotection déterminent l'ajustement conjugal à la suite d'un infarctus du myocarde. Ils rapportent que la surprotection des épouses augmente la proximité dans le couple tandis que l'hostilité présente avant la maladie, entraîne le manque de discussion et entrave l'adaptation au nouvel état de santé.

Badger (1990) indique que les hommes ($M = 109.8$, $\sigma = 10.31$) et les femmes ($M = 110.5$, $\sigma = 10.95$) rapportent un ajustement conjugal satisfaisant. Il rapporte en outre que l'épouse utilise les mêmes stratégies d'adaptation que son mari même si elle ne souffre pas de maladie cardiaque.

Seeman et Berkman (1988) assurent que le support

instrumental découle des enfants chez les adultes plus vieux et du conjoint pour 37% des couples mariés. Thompson & Cordle (1988) affirment que les épouses n'ont pas assez de support informatif. Toutefois, selon Laerum & coll. (1988) et Meddin & Brelje (1983), l'infarctus du myocarde peut induire des changements positifs sur la qualité et le style de vie. Ainsi, dans l'étude de Laerum & coll., 60% des sujets fumeurs de son échantillon ont cessé de fumer, 19% ont réduit leur consommation d'alcool et 50% montrent plus de gratitude à être vivant.

L'ensemble de ces recherches montre que l'avènement de la maladie cardiaque entraîne des conséquences autant chez les cardiaques que chez leur épouse. La capacité de l'épouse à soutenir efficacement son conjoint semble donc conditionnée par ses propres capacités d'adaptation et par le stress qu'elle ressent.

Stress chez les épouses

Le coping avec une maladie chronique ne concerne pas seulement l'individu mais également le couple et la famille. La maladie entraîne des changements dans la vie des proches et influence le bien-être de chacun (Fiske & Anton, 1991; Sexton & Monro, 1985). Les nouvelles demandes de la maladie briment la liberté de la femme en la forçant à abandonner des activités

sociales et sportives et en modifiant ses attentes face au futur. Les patients ne souffrent pas simplement de stress et les femmes ne sont pas seulement des sources de support. Les épouses peuvent aussi être stressées, s'efforçant de maintenir leur bien-être propre et de poursuivre leurs buts pendant qu'elles contribuent au bien-être de leur mari (Fiske & Coyne, 1991). Les femmes doivent assumer spontanément de nouvelles responsabilités pour lesquelles elles n'ont pas nécessairement eu de préparation (Sexton & Munro, 1985).

L'infarctus du myocarde entraîne ainsi des modifications de l'humeur, de comportements, d'attitudes et suscite énormément de stress tant chez le patient que chez les gens qui l'entourent, en particulier son épouse. L'étude de Silverstone (1990) montre que, parmi les maladies menaçantes, l'infarctus du myocarde entraîne le plus haut pourcentage de dépression (37%), comparé à l'embolie pulmonaire (35%), l'hémorragie subarachnoïde (25%) et à l'hémorragie gastro-intestinale (33%). Les résultats révèlent également que le pourcentage de dépression augmente dans l'échelle des composantes somatiques en comparant la première journée (46%) à la quatorzième journée (58%) post-infarctus.

Ces résultats appuient ceux de Bramwell (1986) et

Mayou (1978) en indiquant que 83% des épouses ressentent une très haute anxiété pour la période de 72 heures suivant la sortie de l'hôpital. Elles perçoivent leur mari comme vulnérable et sont incertaines relativement aux soins qu'elles doivent apporter. Selon ces auteurs, l'anxiété résulte de l'ambiguïté se rapportant aux exercices physiques permis.

Pour leur part, Bedsworth et Molen (1982) affirment que le stress psychologique est apparent chez les épouses des patients ayant subi un infarctus du myocarde. A cet égard, 83% des femmes montrent des signes de stress (Hentinen, 1983). Bedsworth et Molen (1982) poursuivent en indiquant que les épouses perçoivent la perte de la santé et la perte du conjoint comme étant les menaces les plus importantes. Les affects dominants associés à ce stress sont l'anxiété et la crainte. Relativement aux stratégies de coping, une association évidente est faite entre la colère et l'attaque, l'anxiété et l'inaction, la crainte et l'évitement.

Dans leur étude sur les maladies chroniques, Sexton & Munro (1985) rapportent que les femmes dont le mari est malade, montrent un plus haut niveau de stress ($p = .032$) et une faible satisfaction de vie ($p = .006$) que les femmes dont le mari n'est pas malade. Ce stress est attribué aux nouveaux rôles et aux

nouvelles responsabilités à assumer, à l'abandon d'activités sociales et à une moins grande fréquence des relations maritales.

La recherche de Gilliss (1984) sur le stress ressenti par les patients ayant subi un pontage coronarien et leur épouse, révèle une différence significative ($t = -3.43$, $p < .001$) entre le groupe des épouses et le groupe des maris. Elle rapporte un niveau de stress plus élevé chez les épouses ($r = .28$, $p = .018$).

Jusqu'à présent, les recherches citées concernent la première période de convalescence post-infarctus. Cette période se rapporte aux six premiers mois suivant la crise cardiaque. La seconde période de convalescence se réfère à la phase de six mois et plus suivant l'attaque cardiaque. Seulement deux recherches ont été recensées relativement à cette seconde période de convalescence.

Dans leur étude, Larsson et Fridlund (1991) démontrent l'importance du support social chez les individus ayant subi un infarctus du myocarde. Ainsi, après un an, 81% des patients veulent avoir du support réparti de la façon suivante: 71% de support se réfère à la famille, 71% aux habitudes alimentaires et 60% aux réactions émotionnelles (anxiété, angoisse,

dépression et irritabilité). Après deux ans, les besoins de support diminuent à 36% et ils s'expriment ainsi: 83% concernent les réactions émotionnelles et 66% se rapportent aux habitudes alimentaires et à la maladie physique.

Pour leur part, Havik et Maeland (1989) montrent que pendant la première période de convalescence (0 à 6 mois après l'infarctus), les patients ont un niveau plus élevé de réactions émotionnelles que les patients se situant dans la seconde période de convalescence soit de six mois à cinq ans après l'infarctus. Ils affirment également que la transition de l'hôpital au foyer cause une forte augmentation de la détresse émotionnelle.

Résumé

Les recherches montrent que le stress exerce un rôle important dans le processus d'ajustement à la maladie cardiaque. Il appert que les épouses ressentent un stress plus important que celui de leur conjoint. Le stress associé aux événements de la vie est relié à la perception de menace, de contrôle et d'inconnu. Parmi ces types de perception de la maladie, il semble que la perception de contrôle ait un impact déterminant dans l'évaluation de l'aspect menaçant de l'infarctus du myocarde. Cette évaluation cognitive que l'individu fait de

l'événement, module son état de tension intérieure.

La maladie cardiaque a un impact important sur la vie de l'individu, du couple et de la famille. Le soutien social se révèle être un facteur déterminant dans le processus d'adaptation. Avec ses différents réseaux de soutien, il joue un rôle essentiel afin de supporter les individus confrontés à un événement de la vie, en particulier l'infarctus du myocarde. Selon le type de support requis, il appert que la famille et en particulier l'épouse aient une rôle privilégié de soutien émotionnel et instrumental envers son partenaire cardiaque. Cependant, la qualité de l'ajustement conjugal conditionne la disponibilité et la capacité de l'épouse à assumer de nouveaux rôles.

Cette recherche s'intéresse principalement à la seconde période de convalescence soit de six à dix-huit mois après l'infarctus. Les considérations précédentes suscitent le questionnement suivant: existe-t-il une différence entre l'état de stress psychologique des cardiaques et celui de leur conjointe? Existe-t-il une relation entre le soutien émotionnel et l'état de stress psychologique? Est-ce que la perception de contrôle sera différente entre le groupe des épouses et le groupe des cardiaques? Lequel du stress, de la perception de

contrôle et du soutien émotionnel sera le meilleur prédicteur de l'ajustement conjugal?

Hypothèses

- H.₁ L'état de stress psychologique (Lemyre, Tessier & Fillion, 1988) du groupe des épouses sera significativement plus élevé que l'état de stress psychologique du groupe des hommes cardiaques.
- H.₂ Il existe une différence significative entre le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses relativement à la perception de contrôle (Muckle, 1993) associée aux situations stressantes.
- H.₃ Il existe une relation significative négative entre l'état de stress psychologique (Lemyre, Tessier & Fillion, 1988) et le soutien émotionnel (Smolla, 1988).
- H.₄ Il existe une relation significative négative entre l'état de stress psychologique (Lemyre, Tessier & Fillion, 1988) et l'ajustement dyadique (DAS, Spanier 1976)
- H.₅ L'ajustement dyadique (DAS, Spanier 1976) sera prédit par l'état de stress psychologique (Lemyre, Tessier & Fillion, 1988), la perception de contrôle (Muckle, 1993) et le soutien émotionnel (Smolla, 1988).

Chapitre II

Méthodologie

Ce chapitre présente les caractéristiques des sujets de la population de recherche, expose la démarche de recrutement des sujets, décrit les instruments de mesure retenus et enfin, rapporte la procédure d'expérimentation

Sujets

La population cible est constituée de 30 couples (n=60) dont le conjoint masculin a subi au moins un infarctus du myocarde. Le conjoint cardiaque doit avoir subi son infarctus depuis au moins six mois mais pas plus de dix-huit mois.

Le recrutement des sujets s'est effectué à partir d'une liste de 45 cardiaques ayant été hospitalisés dans deux hôpitaux de la région du Lac Saint-Jean et au programme de réadaptation cardiaque de la région de Trois-Rivières. L'entente avec les centres hospitaliers engage le chercheur à remettre une copie du mémoire de recherche. La direction des services professionnels des hôpitaux a donc fait parvenir aux sujets correspondants aux critères de sélection une lettre explicative du projet de recherche. Cette missive (annexe I) mentionnait que le centre hospitalier désirait collaborer à cette étude; toutefois, il s'engageait à respecter la liberté de

chaque patient quand à son implication dans la recherche et que le chercheur communiquerait avec eux par le téléphone. Le contact téléphonique permettait ainsi de recevoir l'approbation du cardiaque et de sa conjointe, d'expliquer brièvement la recherche et de fixer un rendez-vous. Il s'est avéré que parmi les sujets rejoints, 6 n'étaient pas intéressés à se remémorer leur crise, 1 était décédé, 3 autres étaient ré-hospitalisés et 5 avaient changé d'adresse.

Instruments de mesure

Questionnaire de renseignement généraux

Le questionnaire de renseignements généraux vise à recueillir des informations relatives aux sujets. Les données ainsi amassées fourniront des informations sur la santé des cardiaques et préciseront la situation socio-économique et socio-démographique de tous les sujets.

Mesure du Soutien Emotionnel

Cette mesure a été élaborée à l'origine par Guay-Genest (1986). Elle vise à évaluer le soutien émotionnel que les conjoints peuvent se fournir mutuellement. Ce type de soutien peut se manifester lorsque la personne a besoin de se

déjouer et que son partenaire est à l'écoute de ce besoin ou bien lorsqu'elle a besoin d'affection et\ou de tendresse et qu'il est capable de répondre à ces besoins. A l'origine, elle comptait alors 8 items. Smolla (1988) l'a reprise et lui a ajouté deux items provenant d'une mesure similaire (Durrett, Otaki et Richards, 1984: voir Smolla, 1984).

Cette mesure est composée de 10 items représentant des situations de vie, évaluées au moyen d'une échelle de Likert en 8 points. Un score élevé correspond à un soutien émotif perçu élevé. Smolla (1988) obtient un alpha variant de .85 à .92. Des analyses factorielles en composantes principales montrent l'existence d'un facteur principal expliquant de 39% à 59% de la variance totale de l'instrument.

L'Echelle d'Ajustement Dyadique

L'Echelle d'Ajustement Dyadique se présente comme un processus dynamique qui évolue sur un continuum. Elle a été construite par Spanier en 1976 sous le nom de Dyadic Adjustment Scale. Elle vise à évaluer la qualité de l'ajustement conjugal.

Les 32 items du questionnaire permettent d'obtenir un score global pour chacun des partenaires. Il en résulte également quatre sous-échelles reflétant l'ajustement du couple rela-

tif au consensus (13 items), à la satisfaction (10 items), à la cohésion (5 items), et à l'expression affective (4 items).

L'indice de consistance interne pour les sous-échelles rapporté par Spanier (1976) varie entre 0.73 (expression affective et 0.94 satisfaction). De même Sharpley & Cross (1982) et Spanier & Thompson (1982: voir Gagnier 1991) appuient sa validité de contenu, de construit, concomitante et prédictive. Spanier (1976) a mis ses résultats en relation avec le Short Marital Adjustment Test (Locke et Wallace, 1959). Les corrélations obtenues entre les scores totaux des deux instruments de mesure sont de .86 pour le groupe des gens mariés, .88 pour le groupe des gens divorcés et de .93 pour l'ensemble des sujets. Enfin, l'Alpha de Cronbach pour la fidélité de l'échelle totale est de .96.

Des chercheurs québécois (Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986) ont effectué la traduction française de l'échelle d'Ajustement Dyadique. Ils ont ainsi établi la validité de contenu, la validité discriminante, la validité concomitante et la fidélité de l'instrument. Dans l'ensemble, la traduction respecte les caractéristiques essentielles de l'instrument original.

Pour leur part Sabourin et coll. (1990: voir Gagnier,

1991) ont démontré que les quatres dimensions de l'ajustement sont des indicateurs distincts et fiables d'un concept général d'ajustement. Le coefficient Alpha de Cronbach (1951) relatif à la consistance interne est de .91 pour l'échelle totale, .82 pour la sous-échelle consensus et de .88 pour la sous-échelle satisfaction dyadique. Le coefficient de fidélité pour les sous-échelles est de .82 pour le consensus dyadique, .79 pour la cohésion dyadique, .88 pour la satisfaction dyadique, de .70 pour l'expression affective et de .91 pour l'échelle totale. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Baillargeon et coll. (1986) lors de la traduction et la validation de l'Echelle d'Ajustement Dyadique.

Le choix de l'Echelle d'Ajustement Dyadique pour les fins de cette recherche repose sur ses qualités métriques et sur sa simplicité d'administration.

La Mesure du Stress Psychologique

Le but de la Mesure du Stress Psychologique (Lemyre & coll., 1988) est de reproduire et d'évaluer l'intensité de l'expérience subjective d'être stressé c'est à dire l'état de stress. Elle comporte 49 items répartis en quatre types d'indicateurs: 1) affectifs, 2) cognitifs, 3) somatiques, 4) comportementaux.

Cette mesure a été élaborée par Lemyre, Tessier et Fillion (1988) afin de palier à l'absence d'un instrument valide et fiable. Se référant à l'expérience phénoménologique commune, reconnue et rapportée massivement par les gens, son élaboration demeure méthodologiquement indépendante des stressseurs, les items ne décrivent pas de symptômes pathologiques et ne proviennent pas d'une population clinique.

En se référant à la période antérieure des 4-5 derniers jours, la personne inscrit, sur une échelle 1 à 8 de Likert (de "pas du tout" à "énormément"), le chiffre correspondant à quel degré l'item la décrit bien actuellement.

Les qualités psychométriques ont été éprouvées par plusieurs auteurs révélant une structure unifactorielle expliquant 36% de la variance et de neuf autres facteurs négligeables (2 à 4%), à partir d'un échantillon de 1520 sujets répartis sur une courbe normale d'âge. La consistance interne est démontrée par une moyenne des corrélations item-total de .56 et appuyée par un coefficient alpha de Cronbach (1951) de .96.

Les 49 items sont subdivisés en quatre catégories et les coefficients sont répartis comme suit: affective .90 (12 items), cognitive .88 (10 items), comportementale .82 (15

items), et somatique .88 (12 items). Ces données appuient l'homogénéité de la Mesure de Stress Psychologique.

La normalité de la distribution des scores à la Mesure du Stress Psychologique est initialement établie par Lemyre (1986) avec des valeurs respectives au test de Kolmogorov-Smirnoff (K-S $z = 1.1$, $p > .2$; K-S $z = 1.2$, $p > .1$; K-S $z = .90$, $p > .3$). Ces résultats ont été corroborés par Fillion (1988), Smolla (1988), Boutin (1988 : voir Lemyre, L., Tessier, R., Fillion, L., 1988). Ceci constitue un atout majeur dans l'utilisation des différentes mesures statistiques et démontre que la Mesure de Stress Psychologique est un instrument sensible et approprié pour les populations standards.

La fidélité test-retest démontre la cohérence et la stabilité de la Mesure du Stress Psychologique. Ainsi la corrélation est de .63 et le test de différence de moyenne est non significatif ($t = 1.14$). De plus, les valeurs Alpha du second test corroborent celles de la passation initiale.

Plusieurs études de validité de contenu et de construit (hypothético-déductive, concomitante, convergente, discriminante et prédictive) conduites auprès de sous-populations distinctes confirment la sensibilité réactive de la Mesure

du Stress Psychologique aux conditions de vie susceptibles d'entraîner une atteinte au bien-être personnel.

Inventaire des Sources de Stress

L'Inventaire des Sources Spécifiques de Stress (Le-cours, en préparation; Muckle, 1993) s'inspire de la méthode Q-Sort (Lacharité, 1987; Stephenson, 1953). La méthode Q-sort permet d'étudier le point de vue personnel d'un individu. Elle consiste à ordonner systématiquement en rang un ensemble d'énoncés des plus caractéristiques de son point de vue jusqu'aux plus atypiques (Lacharité, 1987). La personne doit ainsi donner un poids à chacun des énoncés selon son propre cadre de référence.

L'Inventaire des Sources Spécifiques de Stress vise à identifier les principales sources de stress associées à l'infarctus du myocarde, vécues par le cardiaque et sa conjointe. Il se réfère à la perception de menace, de contrôle et d'inconnu de l'individu confronté à un événement stressant de la vie. De plus, l'inventaire permet de déterminer le désir du sujet de se faire aider, d'évaluer la disponibilité et la satisfaction de l'aide et enfin d'identifier les personnes susceptibles de fournir l'aide.

Le matériel comporte des situations s'adressant aux

cardiaques et des situations s'adressant à leur conjointe. Les 20 situations relatives au vécu des cardiaques sont inscrites sur des cartons verts tandis que les 20 situations relatives au vécu des épouses sont inscrites sur des cartons gris. Les situations s'adressant aux épouses correspondent aux mêmes situations que celles présentées aux cardiaques mais formulés en fonction de la maladie de leur partenaire. Pour chacun des conjoints, les 20 situations sont réparties comme suit: 5 situations à connotation émotive, 5 se référant au secteur de la santé, 5 relatives au secteur du travail et 5 relatives au secteur relationnel.

Afin de faciliter la compréhension des types de situation, voici un exemple pour chaque type. Pour le secteur émotionnel, la situation numéro 1 pour le groupe des hommes cardiaques est: "Depuis mon atteinte cardiaque, je suis facilement ému (larme à l'oeil, boule dans la gorge, point à l'estomac)" et pour le groupe des épouses: "Depuis que mon conjoint est atteint d'une maladie cardiaque, je suis facilement émue (larme à l'oeil, boule dans la gorge, point à l'estomac).

La situation numéro 1 pour le groupe des hommes cardiaques relative au secteur de la santé est: "Je n'arrive pas à croire que je suis cardiaque" et pour le groupe des conjointes

"Je n'arrive pas à croire que mon conjoint est cardiaque."

Relativement au secteur du travail, la situation numéro 1 pour le groupe des hommes cardiaques est: "Je suis incertain face à ma sécurité financière à venir." et pour le groupe des épouses "Je suis incertaine face à ma sécurité financière à venir."

Enfin par rapport au secteur relationnel, la situation numéro 1 pour le groupe des hommes cardiaques est: "Depuis mon atteinte cardiaque, je suis davantage préoccupé par le bien-être de mes proches." et pour le groupe des épouses "Depuis l'atteinte cardiaque de mon conjoint, je suis davantage préoccupée par le bien-être de mes proches."

Afin qu'elles reflètent fidèlement le vécu des cardiaques et de leur conjointe, les situations retenues ont été évaluées, révisées et corrigées par quatre intervenants du programme de réadaptation cardiaque de Trois-Rivières.

Chaque situation est inscrite en gros caractères sur un carton individuel plastifié de 7 par 22 centimètres. De plus, un carton vierge est joint aux situations proposées afin de permettre aux sujets d'inscrire sur la feuille réponse une situation qui ne serait pas parmi les 20 suggérées et qui serait

importante pour eux. Enfin, chaque sujet possède une feuille réponse et une feuille guide plastifiée (annexe III). Cette dernière permet l'évaluation du degré de menace, de contrôle, d'inconnu et fournit également l'information relative aux besoins de soutien personnel par l'évaluation de la disponibilité et de la satisfaction ressenties à l'égard de l'aide.

La tâche du sujet

La tâche du sujet est répartie selon deux séquences. La première consiste à choisir parmi les 20 situations spécifiques 10 situations reflétant son vécu. Ensuite, le sujet doit classifier les 10 situations choisies par ordre de priorité, la première étant la plus importante.

La deuxième séquence comporte 5 étapes (annexe III). La première étape consiste à inscrire le numéro de la situation priorisée. La deuxième étape sert à déterminer les degrés de menace, de contrôle et d'inconnu de la situation sur une échelle de Likert (pas du tout à extrêmement). Ces dimensions sont reconnues comme étant déterminantes dans l'évaluation du stress (Lemyre 1986). A la troisième étape, le sujet doit décider s'il désire régler cette situation seul ou bien s'il désire recevoir de l'aide. S'il désire se faire aider, il passe à l'étape suivante. Lors de la quatrième étape, il doit évaluer dans

quelle mesure l'aide dont il aurait besoin est disponible, et déterminer si l'aide déjà reçue a été satisfaisante (1,8). La cinquième étape permet d'identifier les types de personnes susceptibles de l'aider soit: conjoint, enfant, médecin, voisin, etc. Le sujet répète ce processus pour chacune des 10 situations priorisées.

Procédure

Les couples ayant accepté de participer à la recherche sont rencontrés à domicile par l'expérimentateur. La durée des rencontres varie entre une heure et une heure trente et respecte la même séquence. Dans un premier temps, afin de créer un climat de confiance, l'expérimentateur fournit une information pertinente, présente l'ensemble de la procédure et rassure les sujets quant aux conditions de participation à la recherche, aux normes éthiques et à la confidentialité.

Ensuite, chaque conjoint répond individuellement aux questionnaires présentés dans l'ordre suivant: le questionnaire de renseignements généraux (Annexe 11), la Mesure de Stress Psychologique (Lemyre, 1986), la Mesure de Soutien Emotionnel (Smolla, 1987), l'Echelle d'Ajustement Dyadique (Spanier, 1976) et l'Inventaire des Sources de Stress Muckle (1993) (Annexe III). Les sujets sont informés qu'ils pourront obtenir une synthèse des résultats.

Chapitre III

Présentation des résultats et discussion

Résultats

La présentation des résultats vise à exposer le contenu détaillé des analyses faites à partir des données recueillies. Dans un premier temps, les informations médicales et socio-économiques permettent une description des sujets de la population de recherche. Les résultats des analyses descriptives sont ensuite présentés, suivis des tests de différence de moyenne associés au groupe des hommes cardiaques et au groupe des épouses. Les distributions de fréquence illustrent la répartition des situations spécifiques de stress pour l'ensemble des sujets et pour chacun des groupes. Les analyses corrélationnelles mettent en évidence les relations existant entre les différentes variables étudiées. Enfin les analyses de régression cherchent à prédire l'ajustement dyadique à partir des variables du stress psychologique, du soutien émotionnel et de la perception de contrôle.

Description de la population de recherche

Dans la population de recherche, tous les cardiaques sont de sexe masculin. Le tableau 1 montre que la moyenne d'âge de tous les sujets ($n = 60$) est de 56.8 ans ($\sigma = 8.6$). L'âge

moyen du groupe des hommes est de 58.6 ans ($\sigma = 8.5$) et celle du groupe des femmes est de 55 ans ($\sigma = 8.5$). Tous les couples sauf deux sont mariés légalement et religieusement. La durée moyenne d'années de mariage est de 32.7 ans ($\sigma=9.7$).

Tableau 1

Analyses descriptives du score total, du groupe d'hommes cardiaques, du groupe des épouses et du nombre d'années de mariage.

	GLOBAL		HOMMES CARDIAQUES		EPOUSES		ANNEES MARIAGE	
	n = 60		n = 30		n = 30			
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
AGE	56.8	8.6	58.6	8.45	54.9	8.5	32.7	9.7

Le relevé des accidents cardiaques des 30 sujets retenus indique que 8 d'entre eux avaient subi plus d'un infarctus, 8 avaient eu au moins une dilatation et que 3 avaient reçu des pontages coronariens. Le niveau d'éducation des sujets est réparti comme suit: 60% (n = 36) ont cessé leurs études à la fin du niveau primaire et 30% (n = 18) au niveau secondaire. Une petite proportion a complété des études post-secondaires soit: 3% (n = 2) au niveau collégial et 6% (n = 4) au niveau

universitaire.

Les informations sociaux-économiques indiquent également que 26% des couples gagnent 30 000 dollars et plus, 13% gagnent entre 25 000 et 30 000 dollars, 23% gagnent entre 20 000 et 25 000 dollars, 16% gagnent entre 15 000 et 20 000 dollars, 16% gagnent entre 10 000 et 15 000 dollars et un seul couple gagne moins de 10 000 dollars annuellement.

Le stress psychologique

La Mesure de Stress Psychologique (Lemyre, Tessier & Fillion, 1988) vise à déterminer l'état de stress psychologique ressenti par les sujets à un moment spécifique de leur vie (les sujets se réfèrent aux quatre ou cinq derniers jours). A cet égard, le score global inscrit au tableau 2 indique que l'ensemble des sujets de la population de recherche ($X = 137.4$, $\sigma = 38.3$) ressent sensiblement le même niveau de stress que la population générale (137). Les résultats montrent également que le groupe des hommes cardiaques ($X = 132.7$, $\sigma = 29.5$) ressent moins de stress que le groupe des épouses ($X = 142.2$, $\sigma = 45.5$). Toutefois, ces scores correspondent aux scores normalisés de la population des hommes (131) et des femmes (142).

Tableau 2

Analyses descriptives de la Mesure du Stress Psychologique (Lemyre, Tessier & Fillion, 1988) pour l'ensemble des sujets (global), le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses.

	GLOBAL		HOMMES CARDIAQUES		EPOUSES		
	n=60		n=30		n=30		
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	F
STRESS	137.4	38.3	132.7	29.5	142.2	45.5	3.54

Le test de différences de moyennes entre les deux groupes est non significatif bien qu'il soit très près du seuil de signification ($F = 3.54$, $p < .065$). Ce seuil de signification infirme donc l'hypothèse 1 voulant que l'état de stress psychologique du groupe des épouses soit significativement plus élevé que celui du groupe des hommes cardiaques.

L'ajustement conjugal

L'ajustement conjugal est évalué par l'Echelle d'Ajustement Dyadique (Spanier, 1976). Cette mesure fournit un score total d'ajustement et quatre scores relatifs aux sous-

échelles satisfaction, cohésion, consensus et expression affective. Le tableau 3 présente les analyses descriptives des résultats obtenus pour l'ensemble des sujets, pour le groupe des cardiaques et le groupe des conjointes.

Tableau 3

Analyses descriptives de l'Echelle d'Ajustement Dyadique (1976) pour l'ensemble des sujets, le groupes des hommes cardiaques et le groupe des conjointes.

	GLOBAL		HOMMES CARDIAQUES		EPOUSES		
	n = 60		n = 30		n = 30		
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	F
EXPRESSION							
COHESION	17.9	5.4	13.8	5.5	14.0	5.4	.85
CONSENSUS	46.6	8.1	47.5	8.2	45.8	8.0	.23
SATISFACTION	35.8	8.3	36.3	8.0	35.2	8.7	.42
TOTAL	109.1	20.6	110.1	20.7	108	20.6	.69

Le score total pour l'ensemble de la population de recherche est de 109.1 ($\sigma = 20.6$). Il peut être intéressant de rappeler que lors d'une étude de validation de son instrument de

mesure, Spanier (1976) rapporte un score moyen d'ajustement de 114.8 ($\sigma = 17.8$). De même, l'étude de Baillargeon, Dubois et Marineau (1986) révèlent un score moyen de 113.5. Ces données permettent ainsi d'indiquer que les couples de la population de recherche présentent un niveau d'ajustement conjugal légèrement plus bas que ceux obtenus par Spanier (1976) et Baillargeon & coll. (1986). Quant aux scores des sous-échelles, ils sont pour l'expression affective de 8.83 ($\sigma = 2.36$), pour la cohésion de 17.9 ($\sigma = 5.4$), pour le consensus de 46.6 ($\sigma = 8.1$) et pour la satisfaction de 35.8 ($\sigma = 8.3$).

Le score total d'ajustement dyadique pour le groupe des hommes cardiaques est de 110.1 ($\sigma = 20.7$). Relativement aux sous-échelles les scores sont pour l'expression affective de 8.8 ($\sigma = 2.2$), pour la cohésion de 13.8 ($\sigma = 5.5$), pour le consensus de 47.5 ($\sigma = 8.2$) et pour la satisfaction de 36.3 ($\sigma = 8$).

Le score total d'ajustement dyadique pour le groupe des épouses est de 108 ($\sigma = 20.6$). Les résultats aux sous-échelles sont pour l'expression affective de 8.9 ($\sigma = 2.5$), pour la cohésion 14 ($\sigma = 5.4$), pour le consensus 45.8 ($\sigma = 8$) et pour la satisfaction de 35.2 ($\sigma = 8.7$). Le calcul des différences de moyenne entre le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses ne révèle aucune différence significative pour le score

total et les scores de chacune des sous-échelles de l'ajustement dyadique.

Le soutien émotionnel

La problématique de la maladie cardiaque requiert différents types de soutien social essentiels aux couples dont le conjoint a subi un infarctus du myocarde. À cet égard, le soutien émotionnel exerce un rôle essentiel dans l'adaptation du couple à la maladie cardiaque. La Mesure du Soutien Emotionnel (Smolla, 1988) vise à mesurer le soutien émotif que les conjoints se procurent mutuellement. Le tableau 4 révèle pour l'ensemble des sujets une moyenne globale de 54.5 ($\sigma = 15.2$). Il montre également que le groupe des hommes cardiaques a tendance à se sentir mieux soutenu au niveau émotionnel ($\bar{X} = 56.6$, $\sigma = 15$) que le groupe des épouses ($\bar{X} = 52.4$, $\sigma = 15.3$). Le test de différence de moyenne n'est toutefois pas significatif entre les deux groupes.

Le stress suscité par l'infarctus du myocarde prend racine dans des sources spécifiques de stress. Les stratégies adaptatives que les individus développent avec l'aide du soutien social, doivent donc prendre en considération ces situations génératrices de stress. Pour ce faire, il est important que le cardiaque et sa partenaire identifient quelles sont leurs

principales sources de stress.

Tableau 4

Analyses descriptives de la Mesure de Soutien Emotionnel (Smolla, 1988) pour l'ensemble des sujets, pour le groupe des hommes cardiaques et le groupe des conjointes.

	GLOBAL		HOMMES CARDIAQUES		EPOUSES		
	N=60		N=30		N=30		
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	F
SOUTIEN							
EMOTIONNEL	54.5	15.2	56.6	15.0	52.4	15.3	.04

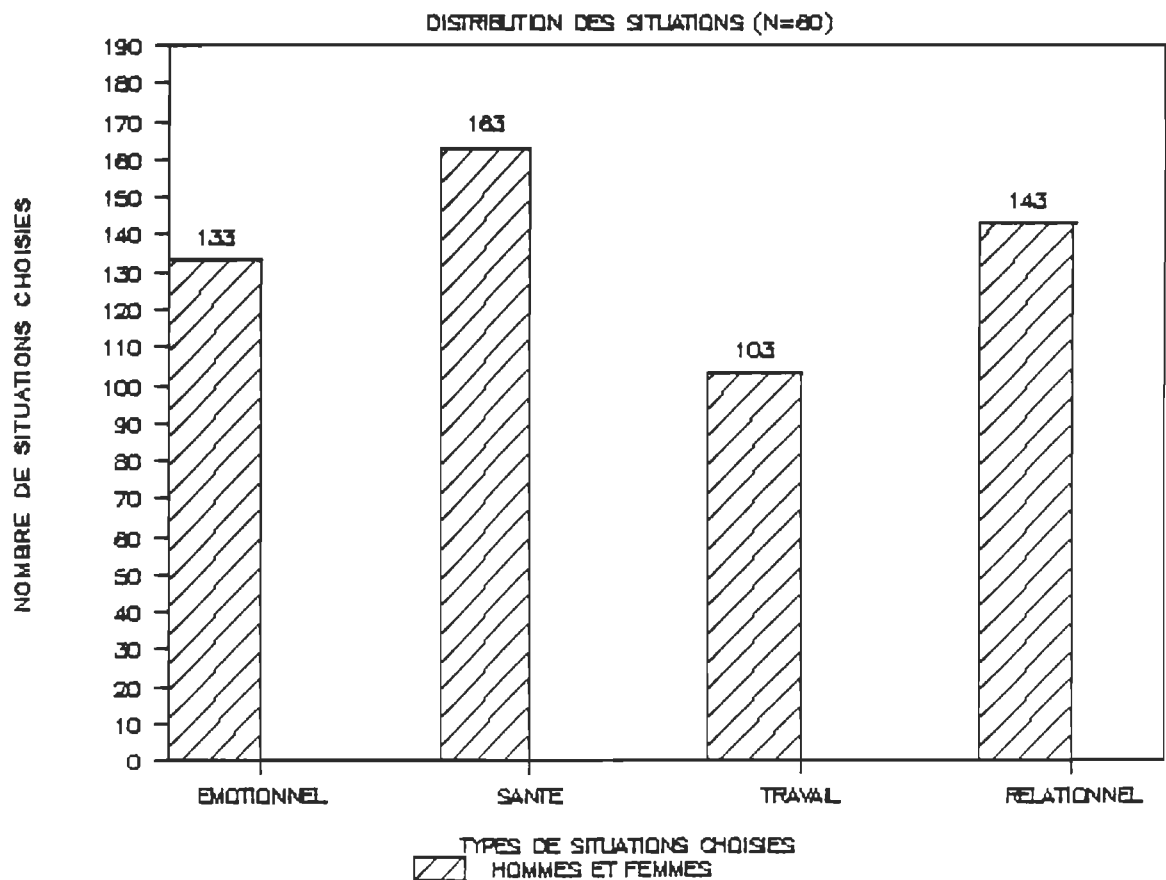
Les sources de stress

L'Inventaire des Sources de Stress vise à identifier les principales sources de stress vécues par le cardiaque et sa conjointe suite à l'infarctus du myocarde¹. A cet égard, les situations relatives aux quatre secteurs (émotionnel, santé, travail et relationnel) choisies par les sujets, révèlent la

¹Pour faciliter la compréhension des situations spécifiques de stress, l'annexe IV fournit la liste complète de toutes les situations spécifiques de stress regroupées par secteur qui ont été présentées aux hommes cardiaques et à leur conjointe.

distribution des principales sources de stress liées à l'infarctus du myocarde. Relativement à ces données, la distribution des fréquences permettra de répondre à cet objectif spécifique. Ainsi, la figure II montre la distribution des situations spécifiques de stress pour l'ensemble de la population de recherche. Les résultats indiquent que les principales sources

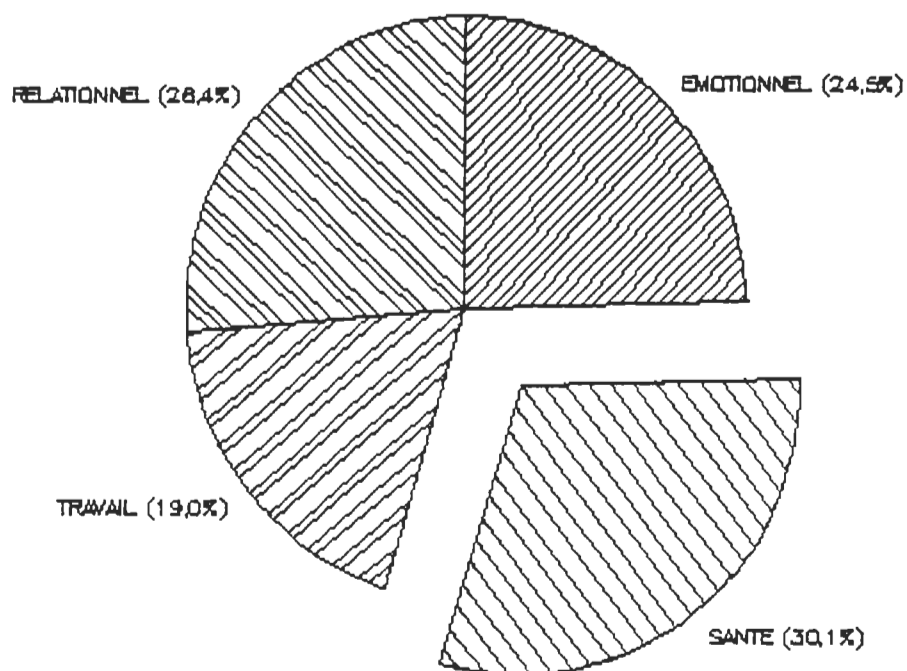
FIGURE II



de stress sont reliées au secteur de la santé (Freq. = 163), suivi des situations associées au secteur relationnel (Freq. = 143). Viennent ensuite le secteur émotionnel (Freq. = 133) et le secteur du travail (Freq. = 103). La figure III présente la proportion de chacun de ces secteurs par rapport à l'ensemble des situations choisies. Ainsi, les situations associées au

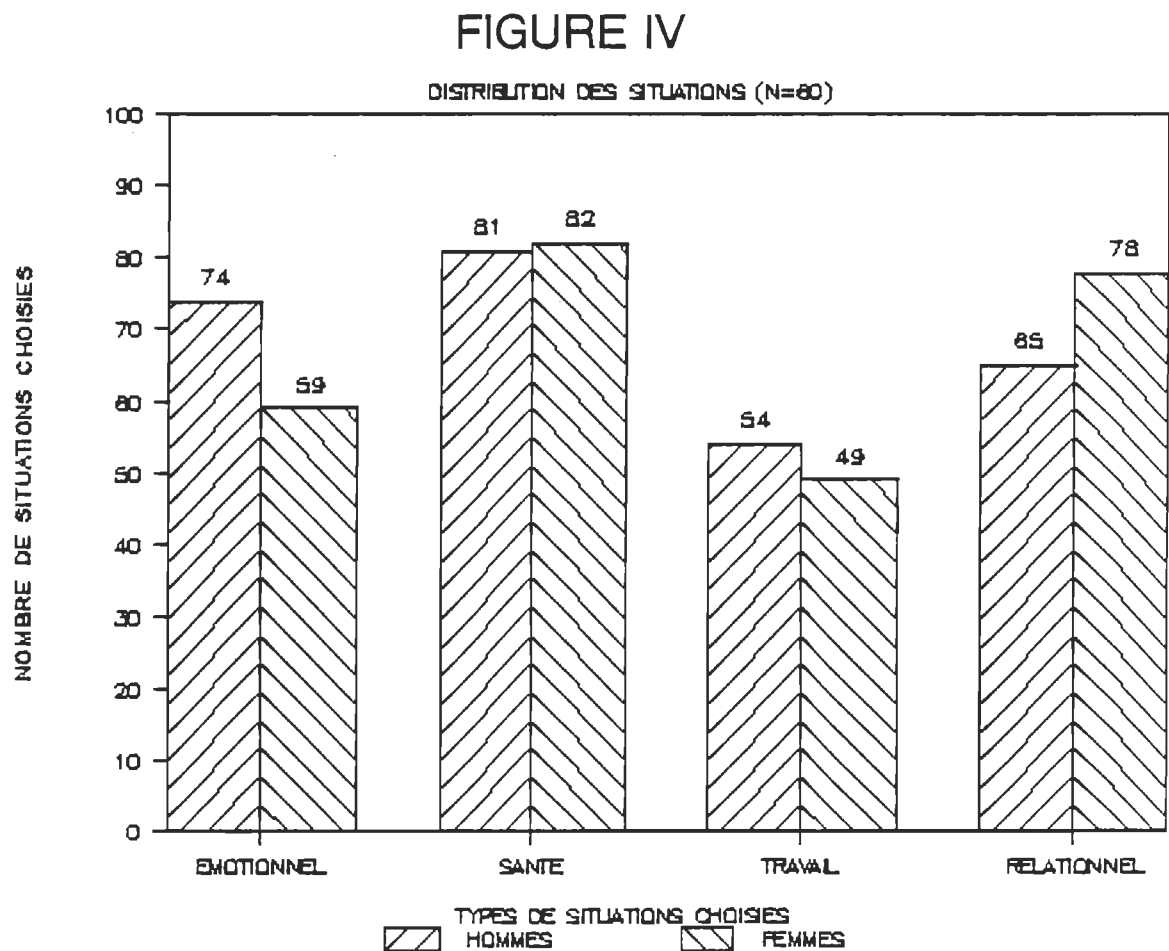
FIGURE III

PROPORTION DES SITUATIONS (N=60)



secteur de la santé représentent 30.1%, les situations du secteur relationnel 26.4%, les situations du secteur émotionnel 24.5% et enfin, les situations associées au secteur du travail représentent 19% du total des situations choisies.

La figure IV montre la distribution de fréquence



répartie selon le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses. Cette figure révèle certaines différences. Ainsi, pour le groupe des cardiaques, les sources de stress sont rencontrées dans l'ordre suivant: situations relatives au secteur de la santé (Freq. = 81), situations relatives au secteur émotionnel (Freq. = 74), situations relatives au secteur relationnel (Freq. = 65) et enfin situations relatives au secteur du travail (Freq. = 54).

Pour le groupe des épouses, l'ordre des sources de stress est le suivant: situations relatives au secteur de la santé (Freq. = 82), situations relatives au secteur émotionnel (Freq. = 78), situations relatives au secteur relationnel (Freq. = 59) et situations relatives au secteur du travail (Freq. = 49).

Afin de visualiser l'importance de chacune des situations pour chaque secteur, la figure V (annexe V) présente la distribution des situations choisies pour le groupe des hommes cardiaques et la figure VI (annexe V) présente la distribution des situations choisies pour le groupe des épouses. Les fréquences de chacune des situations choisies permettent ainsi d'identifier pour chaque type de situations, laquelle, parmi les cinq situations sélectionnées d'un secteur précis

suscite, aux yeux des participants, le plus de stress.

Ainsi, pour le secteur émotionnel, la situation #2 (annexe IV) se référant à l'acceptation de la maladie a été choisie par les deux groupes, soit 10 fois par les hommes (n=30) et 14 fois par les conjointes (n=30). Cette situation est: "Je n'accepte pas le fait que ma maladie (la maladie de mon conjoint) me force à m'arrêter pour remettre ma vie en question".

Pour le secteur de la santé, les deux groupes ont choisi la situation #3 comme suscitant le plus d'inquiétude (15 fois par les hommes et 12 fois par les femmes). Cette situation est: "Depuis mon atteinte cardiaque (l'atteinte cardiaque de mon conjoint), j'hésite à reprendre une vie sexuelle active".

Relativement au secteur du travail, la situation #2 a été choisie le plus fréquemment par les deux groupes (11 fois par les hommes et 14 fois par les femmes). Elle se rapporte à la performance au travail. Cette situation est: "Dans mon travail (dans le travail de mon conjoint), je crois qu'il est important que j'atteigne (que mon conjoint atteigne) rapidement le même niveau de performance qu'avant ma (sa) crise".

Enfin, pour le domaine relationnel, le groupe des

hommes a privilégié la situation se référant à la verbalisation des émotions (#2, choisie 11 fois), "J'éprouve de la difficulté à verbaliser (parler de) mes émotions". Pour sa part, le groupe des femmes a choisi la situation se rapportant aux contrariétés avec les gens de l'entourage (#3, choisie 13 fois), " Depuis son atteinte cardiaque, je vis un plus grand nombre de contrariétés avec les gens de mon entourage, (famille, amis)". Pour chacune des situations spécifiques de stress choisies, le sujet devait évaluer et indiquer sa perception de menace, de contrôle et d'inconnu.

La perception de menace, de contrôle et d'inconnu

La perception qu'un individu a d'une situation stressante est un processus cognitif propre à chacun. La perception de menace réfère au risque potentiel que chacune des situations choisies suscite sur la vie de l'individu. Pour sa part, la perception de contrôle se rapporte au pouvoir, à la capacité de l'individu de changer quelque chose à la situation. Enfin, l'inconnu est associé à l'évaluation de l'imprévisibilité de la situation (annexe III). L'Inventaire des Sources de Stress (Muckle, 1993) fournit ainsi un portrait de la perception de menace, de contrôle et d'inconnu de l'ensemble des situations choisies par les sujets.

Le tableau 5 indique le score global, les scores du groupe des hommes cardiaques et celui du groupe des épouses. Pour l'ensemble de la population de recherche, les scores globaux de la perception de menace sont de 39.6 ($\sigma = 14.2$), de la perception de contrôle sont de 32.9 ($\sigma = 13.3$) et de la perception de l'inconnu sont de 36.6 ($\sigma = 15.4$).

Tableau 5

Analyses descriptives pour l'ensemble de la population de recherche, pour le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses relativement aux perception de menace, de contrôle et d'inconnu associées aux situations choisies.

	GLOBAL		HOMMES CARDIAQUES		EPOUSES		
	N=60		N=30		N=30		
PERCEPTION DE	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	F
MENACE	39.6	14.2	38.4	13.9	40.8	14.7	.11
CONTROLE	32.9	13.3	37.4	14.7	28.4	10.3	4.2*
INCONNU	36.6	15.4	35.2	16.2	38.1	14.7	1.0

* $p < .05$

Les scores moyens du groupes des hommes cardiaques pour la perception de menace sont de 38.4 ($\sigma = 13.9$), pour la perception de contrôle sont de 37.4 ($\sigma = 14.7$) et pour l'incon-

nu, sont de 35.2 ($\sigma = 16.2$). Les scores moyens du groupe des épouses sont pour la perception de menace de 40.8 ($\sigma = 14.7$), pour la perception de contrôle 28.4 ($\sigma = 10.3$) et pour l'inconnu de 38.1 ($\sigma = 14.7$).

Le degré de signification montre qu'il n'existe pas de différence significative entre le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses relativement à la perception de menace et d'inconnu. Toutefois, la perception de contrôle est significativement plus élevée chez le groupe des hommes cardiaques que chez le groupe des épouses ($F = 4.17$, $p < .05$).

La différence significative entre ces deux groupes confirme l'hypothèse 2 à l'effet qu'il existe une différence significative entre le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses relativement à la perception de contrôle (Muckle, 1993) associée aux situations stressantes.

Relations entre les variables

Les analyses corrélationnelles ont permis de vérifier les relations susceptibles d'exister entre les variables à l'étude (tableau 6). La relation significative négative entre le stress psychologique et le soutien émotionnel ($r = -.29$, $p < .05$) confirme l'hypothèse 3. Ainsi, moins le soutien

Tableau 6

Intercorrélations impliquant toutes les variables pour l'ensemble des sujets (N=60).

	AGE	STRESS	MEN	CON	INC	SE	AFF	COH	CON	SAT	DAS
AGE	1.0										
STRESS	.004	1.0									
MEN	-.01	.39***	1.0								
CON	.36***	.156	.37**	1.0							
INC	-.42	.39***	.68***	.34**	1.0						
SE	.17	-.29*	-.24	.20	-.18	1.0					
AFF	.16	-.34**	-.34**	-.04	-.36**	.57***	1.0				
COH	.26*	-.43***	-.24	-.07	-.22	.54***	.56***	1.0			
CON	.39**	-.35**	-.26*	.08	-.09	.49***	.59***	.52***	1.0		
SAT	.15	-.30*	-.19	.18	-.18	.73***	.62***	.62***	.49***	1.0	
DAS	.35*	-.42***	-.23*	.07	-.21	.72***	.77***	.81***	.83***	.83***	1.0

Niveaux de signification: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

MEN: Menace; CON: Contrôle; INC: Inconnu; SE: Mesure de Soutien Emotionnel; AFF: Affectivité;
COH: Cohésion; CON: Consensus; SAT: Satisfaction; DAS: Echelle d'Ajustement Dyadique;

▤: Corrélations à l'intérieure du même instrument de mesure

émotionnel est élevé, plus le stress psychologique est élevé.

Les données confirment également l'hypothèse 4 à l'effet qu'il existe une relation significative négative entre le stress psychologique et l'ajustement dyadique ($r = -.42$, $p < .001$). Ainsi, plus le stress psychologique est élevé, moins l'ajustement dyadique est élevé.

Les résultats révèlent des relations positives significatives entre le stress et la perception de menace ($r = .39$, $p < .001$), entre le stress et la perception d'inconnu ($r = .39$, $p < .001$). Il existe également une relation significative positive entre l'ajustement dyadique et le soutien émotionnel ($r = .72$, $p < .001$) et négative entre l'ajustement dyadique et la perception de menace ($r = -.23$, $p < .05$).

Il ressort des corrélations positives significatives entre la perception de menace et la perception de contrôle ($r = .37$, $p < .01$), entre la perception de menace et la perception d'inconnu ($r = .68$, $p < .001$) et enfin, entre la perception de contrôle et la perception d'inconnu ($r = .34$, $p < .01$).

Suite aux relations observées entre les variables, les analyses de régressions permettent de préciser davantage l'incidence du stress psychologique et du soutien émotionnel sur

l'ajustement conjugal. De plus, l'observation, lors d'analyses antérieures, d'une différence significative entre le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses relativement à la perception de contrôle, incite à l'introduire dans les analyses de régression.

Le tableau 7 présente les résultats, pour l'ensemble de la population de recherche, d'une analyse de régression visant à prédire l'ajustement dyadique par les variables de stress psychologique, de perception de contrôle et de soutien émotionnel.

Tableau 7

Régressions multiples cherchant à prédire l'ajustement dyadique par les variables stress psychologique, la perception de contrôle et le soutien émotionnel pour l'ensemble des sujets, (N=60).

Variables indépendantes	Variable dépendante		
	Ajustement Dyadique		
	R ²	B	F
STRESS	.18 (.18)	-.22	12.4***
CONTROLE	.20 (.02)	.22	6.95**
SOUTIEN EMOTIONNEL	.57 (.37)	.88	24.17***

** p<.01; *** p<.001; dl = 56;

() = Partie de la variance expliquée par cette variable.

Ainsi, le meilleur prédicteur de l'ajustement dyadique est le soutien émotionnel. Il explique 37 % de la variance ($p < .001$), suivi par le stress psychologique avec 18% de la variance expliquée ($p < .001$) alors que la perception de contrôle ajoute 2% d'explication à la variance ($p < .01$). Ces résultats confirment l'hypothèse 5 à l'effet que l'ajustement dyadique soit prédit par le stress psychologique, la perception de contrôle et par le soutien émotionnel.

Toutefois, il existe des différences importantes au niveau des groupes. Le tableau 8 présente les analyses de régressions cherchant à prédire l'ajustement conjugal par le stress psychologique, la perception de contrôle et le soutien émotionnel pour le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses.

Il appert que la variance expliquée pour le groupe des épouses est beaucoup plus importante que pour le groupe des cardiaques. Chez ce dernier groupe, les variables stress psychologique et perception de contrôle ne sont pas significatives alors qu'elles le sont ($p < .01$) chez le groupe des épouses. De même, concernant la variable soutien émotionnel, le degré de signification est plus élevé chez le groupe des épouses ($p < .001$) que chez le groupe des hommes cardiaques ($p < .01$).

Tableau 8

Tableau comparatif des régressions multiples pour le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses.

Variable dépendante						
AJUSTEMENT DYADIQUE						
Variables	HOMMES			EPOUSES		
indépen- dantes	CARDIAQUES					
	R ²	B	F	R ²	B	F
STRESS	.12 (.12)	-.24	3.95	.23 (.23)	-.21	8.19**
CONTROLE	.13 (.02)	.06	1.94	.33 (.10)	.65	6.69**
SE	.42 (.29)	.81	6.34**	.73 (.40)	.96	23.5***

** p<.01; *** p<.01; dl = 28;

() = Partie de la variance expliquée par cette variable.

SE: Soutien Emotionnel

Le tableau 8 révèle également que la partie de la variance totale expliquée est plus grande chez le groupe des épouses (.73) que chez le groupe des hommes cardiaques (.42). Ainsi, pour le groupe des cardiaques, la variable stress psychologique explique 12% de la variance contre 23% pour le groupe des conjointes. Relativement à la perception de contrôle, la variance expliquée pour le groupe des cardiaques est de 2% alors qu'elle est de 10% pour le groupe des épouses. Enfin, la

variance expliquée de la variable soutien émotionnel est de 29% pour le groupe des hommes cardiaques et de 40% pour le groupe des épouses.

Discussion

Cette recherche met en relief les relations pouvant exister entre les variables stress psychologique, soutien émotionnel du conjoint et ajustement conjugal. L'identification des sources de stress s'effectue par le biais de l'appréhension cognitive des individus. Ainsi, l'évaluation des sources de stress par chaque participant, permet d'établir leur perception de menace, de contrôle et d'inconnu associée aux sources spécifiques de stress. Cette étude couvre la seconde période de la convalescence soit entre six et dix-huit mois après que le cardiaque ait fait son dernier infarctus du myocarde.

Les données obtenues lors de cette recherche ne permettent pas de soutenir la première hypothèse voulant que le stress psychologique soit plus élevé chez le groupe des épouses que chez le groupe des cardiaques. Toutefois, la différence de moyenne entre le groupe des hommes cardiaques et le groupe des épouses étant très près du degré de signification, les résultats vont dans le même sens que ceux de Gilliss (1984) et De Sexton & Monro (1985) à l'effet que les épouses ressentent davantage de

stress que les maris cardiaques. Ils appuient également les conclusions de Bedsworth & Molen (1982) qui affirment que le stress est plus apparent chez les épouses.

La mesure de stress psychologique, par le fait qu'elle reflète l'état intérieur réel et ponctuel de l'individu, peut être associée aux niveaux d'anxiété et de dépression (Ladwid et coll. 1992; Lemyre, 1986; Winnicka, 1991). A cet égard, les données de cette recherche pourraient soutenir la tendance décrite par Bohachick & Anton (1990) et par Thompson & Cordle (1988) à l'effet que les épouses montrent plus de symptômes d'anxiété et de dépression que leur mari.

Le stress plus élevé des épouses pourrait s'expliquer par le fait que les épouses manquent d'information relativement à la maladie, qu'elle perçoivent avoir moins de contrôle sur la maladie que leur mari, que les nouvelles demandes associées à la maladie briment leur liberté et les obligent à abandonner des rôles et à en assumer de nouveaux. De plus, elles doivent cesser certaines de leurs activités sociales et sportives et remettre en question leurs attentes face au futur. C'est dire que même pendant la période de six à dix-huit mois, les épouses perçoivent encore leur mari cardiaque comme étant vulnérable.

Le stress des épouses sera également déterminé par le

degré de conscience et d'acceptation de la maladie du mari. Si l'homme cardiaque se soucie peu des limites que sa maladie lui impose, le stress des épouses risque d'être plus élevé par le fait qu'elles savent pertinemment que leur mari ne respecte pas certaines limites ou restrictions engendrées par leur état de santé. Ainsi, les épouses dont le mari n'adapte pas ses comportements en fonction de sa maladie, se font plus de soucis que celles dont le mari cardiaque s'est adapté à sa condition. Cette affirmation va dans le même sens que l'étude de Bohachick et Anton (1990) qui affirment que les épouses ressentent davantage de soucis que les maris.

Toutefois, il importe de préciser que le niveau de stress, ressenti par le groupe des hommes cardiaques et par le groupe des épouses de la population de recherche, se situe au même niveau que l'ensemble de la population. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le temps de passation se situe pendant la seconde période de convalescence.

Cette explication semble compatible avec les résultats de Larsson & Fridlund (1991) et de Havik & Maeland (1989). Ces auteurs indiquent qu'il existe une différence entre la première phase de convalescence (de 0 à six mois après l'infarctus) et la seconde phase de convalescence (entre 6 et 18 mois après l'in-

farctus) relativement au stress. De plus, ils montrent que pendant la seconde phase de convalescence, les hommes cardiaques et les épouses ne ressentent pas plus de stress que l'ensemble de la population.

Les résultats laissent supposer également que la procédure de recrutement sur une base volontaire ne permet pas de rejoindre les couples qui vivent l'expérience de l'infarctus du myocarde de façon plus dramatique. Cela se confirme par le fait que les sujets qui ont refusé de participer à cette étude motivaient leur refus par le manque d'intérêt pour les uns et par peur de se rappeler de mauvais souvenirs pour les autres. La participation de ces gens à cette recherche aurait peut-être modifié les résultats obtenus à la mesure de l'état de stress psychologique.

Les individus atteints d'une maladie chronique telle l'infarctus du myocarde procèdent à une évaluation cognitive de leur nouvelle situation (Lazarus, 1984). Ils anticipent leurs chances de survie par l'évaluation du niveau de menace et d'inconnu de leur maladie. Après certaines tentatives d'ajustement, ils sont aptes à évaluer le contrôle réel qu'ils ont sur leur maladie et les alternatives à envisager. Leur perception de contrôle s'accroît dans la mesure où ils peuvent changer

leurs habitudes alimentaires (afin de contrôler leur taux de cholestérol), cesser de fumer, suivre une médication appropriée, faire des activités physiques contrôlées, modifier leur rythme de vie, enfin adapter leurs anciens rôles à leur nouvelle condition de santé. C'est dire que le cardiaque possède un contrôle réel sur l'évolution de sa maladie.

Ainsi, la confirmation de l'hypothèse voulant que la perception de contrôle soit plus élevée chez le groupe des hommes cardiaques que chez le groupe des épouses met en évidence l'apport important du contrôle sur le stress et l'ajustement à la maladie. Ce résultat pourrait être en lien avec l'état de stress moins élevé chez les hommes cardiaques que chez les épouses; en fait, les épouses subissent la maladie de leur conjoint parce qu'elles possèdent peu de contrôle réel. Cela démontre, en accord avec Hegelson (1992), Mayou, (1984) et Trelawny-Ross & Russel (1987) l'apport déterminant des composantes psychologiques et cognitives sur la perception de contrôle associée à la maladie cardiaque.

Le soutien émotionnel subvient à des besoins spécifiques, en renforçant l'estime de soi et en aidant les patients à accepter leur nouvelle image corporelle (Evans & Northwood, 1983). Le support émotionnel fourni par l'épouse exerce un rôle

déterminant dans le processus d'ajustement à la maladie cardiaque (Glass & Maddox, 1992). Il contribue à l'adoption de nouvelles stratégies d'adaptation telles l'adhésion à des programmes de réadaptation (Ben-Sira, 1990; Bedsworth, 1982; Doherty & Schrott, 1983; Fournet & Schaubhut, 1986; Thompson & Meddis, 1990a, 1990b) et à diminuer le niveau de stress (Lin & coll. 1979).

Les données de cette étude révèlent qu'un soutien émotionnel élevé est en relation avec un état de stress psychologique moindre. Cela confirme l'existence d'une relation significative négative entre le soutien émotionnel et le stress psychologique telle que présenté dans la troisième hypothèse. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Ruberman et coll (1984) à l'effet que les cardiaques socialement isolés, ayant un haut niveau de stress, ont un taux de mortalité quatre fois plus élevé que ceux ayant un support social convenable.

La cardiopathie a un impact sur l'intégrité psychologique des conjoints (Bohachick & Anton, 1990) et affecte les fonctionnements conjugaux (Shanfield, 1990). En accord avec ces auteurs, les données de cette étude indiquent que le stress relié à la maladie cardiaque influence l'ajustement dyadique. Cette affirmation soutient la quatrième hypothèse à l'effet

qu'il existe une corrélation négative entre le stress psychologique et l'ajustement dyadique.

Toutefois, malgré toutes les perturbations psychologiques et conjugales pouvant être occasionnées par l'infarctus du myocarde, les couples de cette étude montrent, dans le même sens que Badger (1990), un ajustement conjugal adéquat, même si les scores sont légèrement moins élevés que ceux de la population normale.

Le nombre élevé d'années de vie commune montre que les couples de la population de recherche possèdent une bonne capacité d'ajustement conjugal. De plus, la moyenne d'âge relativement élevée de l'ensemble des sujets de l'étude n'est pas vraiment représentative de la population générale.

L'analyse individuelle des variables de perception de contrôle, de stress et de soutien émotionnel montre que chacune de ces variables est en lien avec la qualité l'ajustement conjugal. Toutefois, lorsqu'elles sont mises en interrelation, chacune possède un poids spécifique dans la prédiction de l'ajustement du couple. A cet égard, les données révèlent, en accord avec Glass & Madox (1992), que le meilleur prédicteur de l'ajustement conjugal demeure le soutien émotionnel et que ce type de soutien est fourni essentiellement par les épouses.

Mayou (1984) ajoute, pour sa part, que l'intimité maritale semble être le plus important déterminant émotionnel.

La seconde variable à prédire l'ajustement dyadique est l'état de stress psychologique. L'ajustement conjugal pourrait ainsi être modulé par la capacité de chaque conjoint à supporter le stress engendré par la maladie cardiaque. Au stress psychologique relié aux changements forcés de comportements, d'attitudes et d'image de soi s'ajoutent le stress des nouveaux rôles, l'abandon des buts poursuivis, les attentes déçues, l'obligation d'interrompre certaines activités sociales et de loisirs. Toutefois, les données de cette étude ne permettent pas d'attribuer l'état de stress psychologique, tel que mesuré, seulement à la maladie cardiaque. Or, il serait intéressant de déterminer, parmi les événements de la vie vécus depuis l'atteinte cardiaque, lesquels résultent directement de la maladie cardiaque et lesquels proviennent d'autres facteurs. Les résultats permettent ainsi de soupçonner l'existence de l'effet de cumul proposé par McCubbin & Patterson (1980, 1983).

La perception de contrôle est la troisième variable introduite afin de prédire l'ajustement dyadique. Elle contribue à augmenter la maîtrise et l'estime de soi (Hegelson, 1992) et à rassurer l'épouse quant aux capacités de son mari à s'ajus-

ter à la maladie. Selon les résultats de cette recherche, il appert que la perception de contrôle n'exerce qu'un effet minime sur la qualité de l'ajustement dyadique. La forte préoccupation associée au secteur de la santé pour l'ensemble de la population de recherche relativement aux sources de stress (Figure 11), suggère que la perception de contrôle pourrait être davantage associée à l'aspect médical de la maladie cardiaque plutôt qu'aux composantes psychologiques et conjugales. Ainsi, un contrôle effectif ou un contrôle perçu peut être exercé sur l'alimentation, les activités physiques, la médication. Il pourrait influencer positivement la santé physique et psychologique du cardiaque et de son épouse.

L'identification des sources spécifiques de stress fournit des pistes pertinentes d'intervention. La prégnance des situations du secteur de la santé (Figure II) démontre l'importance de subvenir adéquatement aux besoins médicaux des hommes ayant subi un infarctus du myocarde et de fournir aux deux conjoints un soutien et une information adéquate. Toutefois, il importe de préciser que dans ce secteur, la situation se référant à la reprise d'une activité sexuelle active constitue la plus grande préoccupation tant chez les hommes cardiaques que chez leur épouse. Une attention particulière devrait donc porter sur la dimension sexuelle des couples dont le conjoint

masculin est cardiaque.

La part importante des situations relationnelles met en évidence l'apport essentiel de la communication dans le processus d'adaptation des individus et du couple à la maladie cardiaque. Les sources de préoccupations relationnelles sont d'ailleurs soutenues par Bramwell (1986) qui indique que les femmes qui ont une communication ouverte avec leur mari ont moins de difficulté à faire preuve d'empathie et à le soutenir. Les données de cette étude semblent confirmer cette affirmation, car les hommes ont priorisé la situation qui se réfère aux difficultés de verbalisation comme principale source de stress. Pour leur part, les femmes indiquent que la principale source de stress de type relationnel se réfère aux contrariétés qu'elles vivent avec les gens de leur entourage. Elles ne se sentent pas comprises et soutenue dans leurs proches.

Les sources de stress associées au secteur émotionnel montrent l'importance de l'acceptation de la maladie chez les deux partenaires. Ce secteur met en relief la nécessité de favoriser l'expression des sentiments reliés à la maladie cardiaque.

L'élaboration d'un programme de réadaptation cardiaque devrait inclure la possibilité d'une aide adéquate sur le plan

médical par des rencontres individuelles et de groupe et l'accès à des publications d'informations sur la maladie cardiaque. Les couples dont le conjoint est cardiaque auraient également besoin d'un encadrement approprié et sécuritaire relativement aux exercices physiques. Enfin, il serait essentiel de mettre en place des groupes de soutien s'adressant tant aux cardiaques qu'aux conjointes, aux couples et même aux familles afin que les gens concernés par la maladie puissent exprimer leur vécu, ventiler leurs émotions, développer de la solidarité et élaborer des stratégies d'adaptation efficaces.

En somme, les résultats obtenus pour l'ajustement dyadique, le soutien émotionnel et la perception de contrôle correspondent aux résultats des recherches qui se sont attardées à ces variables vécues pendant la première phase de convalescence. Ainsi, la qualité de l'ajustement dyadique est légèrement moins élevée que l'ensemble de la population (Badger, 1990), le soutien émotionnel exerce un rôle déterminant dans l'ajustement à la maladie (Ben-Sira, 1990; Fournet & Schaubhut, 1986; Glass & Maddox, 1992) et la perception de contrôle associée au sexe est en relation avec l'état de stress psychologique (Hegelson, 1992; Thompson, 1981).

Les sujets de la population de recherche sont tous des

gens volontaires. Il aurait été intéressant d'évaluer les gens qui ont refusé de participer à la recherche par manque d'intérêt pour les uns, pour ne pas se rappeler de mauvais souvenirs pour d'autres. Ils auraient possiblement modifié la configuration des données. Egaleme nt, la taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population des couples dont le mari a subi un infarctus du myocarde.

Conclusion

L'objectif principal de cette recherche est d'étudier les relations pouvant exister entre le stress psychologique et le soutien émotionnel du conjoint et d'en évaluer l'incidence sur la qualité de l'ajustement dyadique.

L'infarctus du myocarde est un type de cardiomyopathie qui suscite énormément d'anxiété et de stress tant chez les individus atteints que chez les gens de leur entourage, en particulier les épouses. Le spectre d'une mort subite plane constamment sur le quotidien de ces gens. Le malade possède toutefois un certain contrôle sur ses comportements et ses habitudes de vie. Il cherche à augmenter ses chances de ne pas avoir une nouvelle attaque. Cependant, l'épouse ne possède pas la même perception de contrôle sur la maladie que son mari. Il n'est donc pas surprenant que son niveau de stress soit plus élevé que celui de

son partenaire. Par ailleurs, selon les résultats de cette étude, il est important de rappeler que, pendant la seconde période de convalescence, le niveau de stress des couples dont le conjoint a subi un infarctus du myocarde n'est pas plus élevé que celui de la population générale.

Les contraintes et le stress associés à la maladie obligent les couples à communiquer, à cheminer ensemble. L'incidence de la maladie cardiaque sur l'ajustement conjugal semble être en relation avec la capacité de chacun à gérer le stress et les ajustements engendrés principalement par la maladie cardiaque. L'importance du réseau de soutien social et en particulier celui du soutien émotionnel provenant du partenaire ne fait aucun doute.

Les systèmes publics de santé ont également un rôle déterminant dans le processus de recouvrement de la santé des individus aux prises avec une cardiopathie sévère. Ils doivent agir comme catalyseur afin d'inciter les gens à ajuster leurs comportements et leur mode de vie.

Dans une étude ultérieure, il serait intéressant de contrôler plus strictement l'aspect biomédical de la maladie afin d'obtenir plus d'uniformité quant à la probabilité qu'une nouvelle crise cardiaque se produise. Il serait également

intéressant de recruter les sujets dans les groupes d'âge de la quarantaine et de la cinquantaine afin de pouvoir évaluer le stress et l'ajustement dyadique selon chacun de ces groupes.

Annexe 1

Lettre du Centre Hospitalier aux patients cardiaques

Le 4 novembre 1993

Liste ci-jointe

Monsieur,

Le Centre Hospitalier de Dolbeau a donné son accord à un chercheur en psychologie, Monsieur Léger Gagnon, pour qu'il puisse vous rencontrer, vous et votre conjointe, afin de procéder à une étude sur les phénomènes reliés au stress dans un couple, suite à un infarctus du myocarde.

Une copie de ce document de travail sera remise à l'hôpital et pourra peut-être nous aider à mieux conseiller les couples suite à un accident cardiaque.

Si vous acceptez de rencontrer ce chercheur, il vous demandera environ 1h30 de votre temps pour répondre à un questionnaire, dont les résultats seront traités de façon confidentielle, sans que votre nom n'apparaisse nulle part.

Mais, vous pouvez également refuser de le rencontrer, soit en nous le signifiant immédiatement en téléphonant à Madame Lise Pelletier à 276-1420 (poste 212), ou en le disant à M. Léger Gagnon lorsqu'il vous contactera dans les prochaines semaines.

L'hôpital de Dolbeau encourage les projets de recherche qui peuvent aider au bien-être de la population qu'il dessert, mais est soucieux de respecter la confidentialité et la liberté de chacun.

Veuillez croire, Monsieur, en notre dévouement et notre respect.



Dr Michel Hinse
Directeur des services
professionnels

11/MH/ml

Annexe II

Questionnaire de renseignements généraux

Questionnaire de renseignements généraux

Directives:

Le présent questionnaire vise à recueillir les informations générales concernant votre statut conjugal, vos antécédents scolaires, vos occupations et votre situation économique. De plus, des renseignements sur votre état de santé général seront recueillis et en particulier des informations sur la maladie cardiaque.

Toutes les informations recueillies sont gardées confidentielles.

SECTION I: IDENTIFICATION PERSONNELLE

Nom: _____ Prénom: _____
 Tél: _____ Sexe: (M ou F) _____ Age: _____
 Date d'aujourd'hui: _____

SECTION II: STATUTS CONJUGAL ET FAMILIAL

Etes-vous marié(e)? _____
 Depuis combien de temps vivez-vous avec votre conjoint(e)? _____
 Combien avez-vous de garçons? _____ De filles? _____
 Avez-vous déjà vécu avec un autre conjoint(e) antérieurement? _____
 Si oui, combien de temps? _____

SECTION III: SCOLARITE

Encerclez le plus haut niveau d'éducation générale terminé:

Primaire	:	1	2	3	4	5	6	7
Secondaire	:	1	2	3	4	5		
Collégial	:	1	2	3				
Universitaire	:	1	2	3	4	5	6	7

Précisez toute autre formation ou diplôme si nécessaire? _____

SECTION IV: REVENU DU COUPLE

Indiquez votre niveau de revenu annuel habituel:

aucun revenu	_____	15 000 - 19 999	_____
1 - 4 999	_____	20 000 - 24 999	_____
5 000 - 9 999	_____	25 000 - 29 999	_____
10 000 - 14 999	_____	30 000 et plus	_____

SECTION V: OCCUPATION

Actuellement travaillez-vous? Oui ____ Non ____

Si oui, indiquez votre travail principal: _____

Indiquez votre (vos) occupation(s) secondaire(s) s'il y a lieu (emploi à temps partiel, bénévolat, etc.): _____

SECTION VI: ETAT GENERAL DE SANTE

Souffrez-vous d'un handicap (infirmité, paralysie, etc.)? _____

Si oui précisez-en la nature: _____

Souffrez-vous d'une maladie chronique? Oui ____ Non ____

Si oui laquelle: _____

Avez-vous déjà consulté un professionnel pour:

-- des difficultés d'ordre psychologique? Oui ____ Non ____

-- des difficultés d'ordre conjugal? Oui ____ Non ____

SECTION VII: POUR LE CARDIAQUE SEULEMENT

Combien de mois avez-vous cessé de travailler? _____ mois.

Combien avez-vous fait d'infarctus? _____

Indiquez la date du 1^{er} infarctus: jour ____ mois ____ année ____

S'il y a lieu, indiquez la date du 2^{ième} infarctus: jour ____ mois ____ année ____

S'il y a lieu, indiquez la date du 3^{ième} infarctus: jour ____ mois ____ année ____

Lors de votre infarctus avez-vous fait un arrêt cardiaque? _____

Si oui combien de temps a duré l'arrêt ? _____

Avez-vous subi une dilatation? _____

Si oui, indiquez l'endroit, la date et l'année de chaque dilatation: _____

Annexe III
Inventaire des Sources de Stress

Guide

Etape # 2

Guide pour l'évaluation des situations

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Un peu	Plutôt	Assez	Moyenne- ment	Passable- ment	Beaucoup	Extrêmement

La menace: Actuellement, jugez-vous que cette situation comporte un risque, un gros enjeu? Y-a-t-il un danger que quelque chose de négatif arrive?

Pour vous, le degré de menace actuel est (de 1 à 8).

Le contrôle: Actuellement, jugez-vous que vous avez du contrôle ou du pouvoir sur la situation? Pouvez-vous y changer quelque chose?

Pour vous, le degré actuel de contrôle est (de 1 à 8).

L'inconnu: Actuellement, jugez-vous que cette situation comporte beaucoup d'incertitude et qu'il vous est difficile de prévoir ce qui va se passer, quand et de quelle manière?

Pour vous, le degré actuel d'inconnu est (de 1 à 8).

Etape # 4

Guide pour l'évaluation de l'aide

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Un peu	Plutôt	Assez	Moyenne- ment	Passable- ment	Beaucoup	Extrêmement

Disponibilité: Considérant les gens qui vous entourent, jusqu'à quel point pouvez-vous compter sur ces gens pour vous fournir de l'aide? (1 à 8).

Satisfaction: Jusqu'à quel point êtes-vous comblé(e), satisfait(e) de l'aide obtenue? (1 à 8).

[illegible]

Annexe IV

Liste des situations du groupe hommes cardiaques
et du groupe des épouses

SITUATIONS S'ADRESSANT AU CARDIAQUE**EMOTIONNEL**

- 1- Depuis mon atteinte cardiaque, je suis facilement ému (larme à l'oeil, boule dans la gorge, point à l'estomac).
- 2- Je n'accepte pas le fait que ma maladie me force à m'arrêter pour remettre ma vie en question.
- 3- Je suis préoccupé par l'évolution de ma maladie (récidive d'une nouvelle crise, invalidité, mort, etc.).
- 4- Je suis révolté face à ce qui m'arrive: Pourquoi moi?
- 5- Depuis ma maladie, j'ai de la difficulté à accepter mes nouvelles habitudes de vie (nourriture, tabac, repos, travail, etc.).

SANTE

- 1- Je n'arrive pas à croire que je suis cardiaque.
- 2- J'ai de la difficulté à dormir, (je tarde à m'endormir, je me réveille fréquemment ou je me réveille trop tôt le matin).
- 3- Depuis mon atteinte cardiaque, j'hésite à reprendre une vie sexuelle active.
- 4- Quand je fais de l'activité physique, (marche, course, exercice) je suis habité par la pensée de faire une nouvelle crise.
- 5- Quand j'ai des malaises, surtout à la poitrine, je les relie habituellement à des symptômes cardiaques.

TRAVAIL

- 1- Je suis incertain face à ma sécurité financière à venir.
- 2- Dans mon travail, je crois qu'il est important que j'atteigne rapidement le même niveau de performance qu'avant ma crise.
- 3- Je ne veux plus faire mon travail comme avant. Comment faire comprendre cela à mon employeur?
- 4- Etant donné mon état de santé actuel, je doute de ma capacité à bien accomplir mon travail.
- 5- Je suis préoccupé par la réaction de mon employeur et de mes compagnons de travail.

RELATIONNEL

- 1- Depuis mon atteinte cardiaque, je suis davantage préoccupé par le bien-être de mes proches.
- 2- J'éprouve de la difficulté à verbaliser (parler de) mes émotions.
- 3- Depuis mon atteinte cardiaque, je vis un plus grand nombre de contrariétés avec les gens de mon entourage, (famille, amis).
- 4- Lorsqu'une personne m'offre une tâche qui ne me convient pas, j'éprouve de la difficulté à dire non.
- 5- Par rapport à ma maladie, ma conjointe et mes enfants ont des attitudes et des comportements qui m'irritent.

SITUATIONS S'ADRESSANT AU CONJOINT CARDIAQUE**EMOTIONNEL**

- 1- Depuis que mon conjoint est atteint d'une maladie cardiaque, je suis facilement émue (larme à l'oeil, boule dans la gorge, point à l'estomac).
- 2- Je n'accepte pas le fait que la maladie de mon conjoint me force à remettre ma vie en question.
- 3- Je suis préoccupée par l'évolution de la maladie de mon conjoint (récidive d'une nouvelle crise, invalidité, mort, etc.).
- 4- Je suis révoltée face à ce qui nous arrive: Pourquoi nous?
- 5- Depuis le début de la maladie de mon conjoint, j'ai de la difficulté à accepter nos nouvelles habitudes de vie (nourriture, tabac, repos, travail, etc.).

SANTE

- 1- Je n'arrive pas à croire que mon conjoint est cardiaque.
- 2- J'ai de la difficulté à dormir, (je tarde à m'endormir, je me réveille fréquemment ou je me réveille trop tôt le matin).
- 3- Depuis l'atteinte cardiaque de mon conjoint, j'hésite à reprendre une vie sexuelle active.
- 4- Quand il fait de l'activité physique, (marche, course, exercice) je suis habitée par la pensée qu'il pourrait faire une nouvelle crise.
- 5- Quand il a des malaises, surtout à la poitrine, je les relie habituellement à des symptômes cardiaques.

TRAVAIL

- 1- Je suis incertaine face à ma sécurité financière à venir.
- 2- Dans le travail de mon conjoint, je crois qu'il est important qu'il atteigne rapidement le même niveau de performance qu'avant sa crise.
- 3- Je ne veux plus qu'il fasse son travail comme avant. Comment faire comprendre cela à son employeur?
- 4- Etant donné son état de santé actuel, je doute de sa capacité à bien accomplir son travail.
- 5- Je suis préoccupée par la réaction de son employeur et de ses compagnons de travail.

RELATIONNEL

- 1- Depuis l'atteinte cardiaque de mon conjoint, je suis davantage préoccupée par le bien-être de mes proches.
- 2- J'éprouve de la difficulté à verbaliser (parler de) mes émotions.
- 3- Depuis son atteinte cardiaque, je vis un plus grand nombre de contrariétés avec les gens de mon entourage, (famille, amis).
- 4- Lorsqu'une personne offre à mon conjoint une tâche qui ne lui convient pas, je m'inquiète de sa capacité à dire non.
- 5- Par rapport à sa maladie, mon conjoint et mes enfants ont des attitudes et des comportements qui m'irritent.

Annexe V
Figures V et VI
Histogrammes des fréquences des situations choisies

FIGURE V

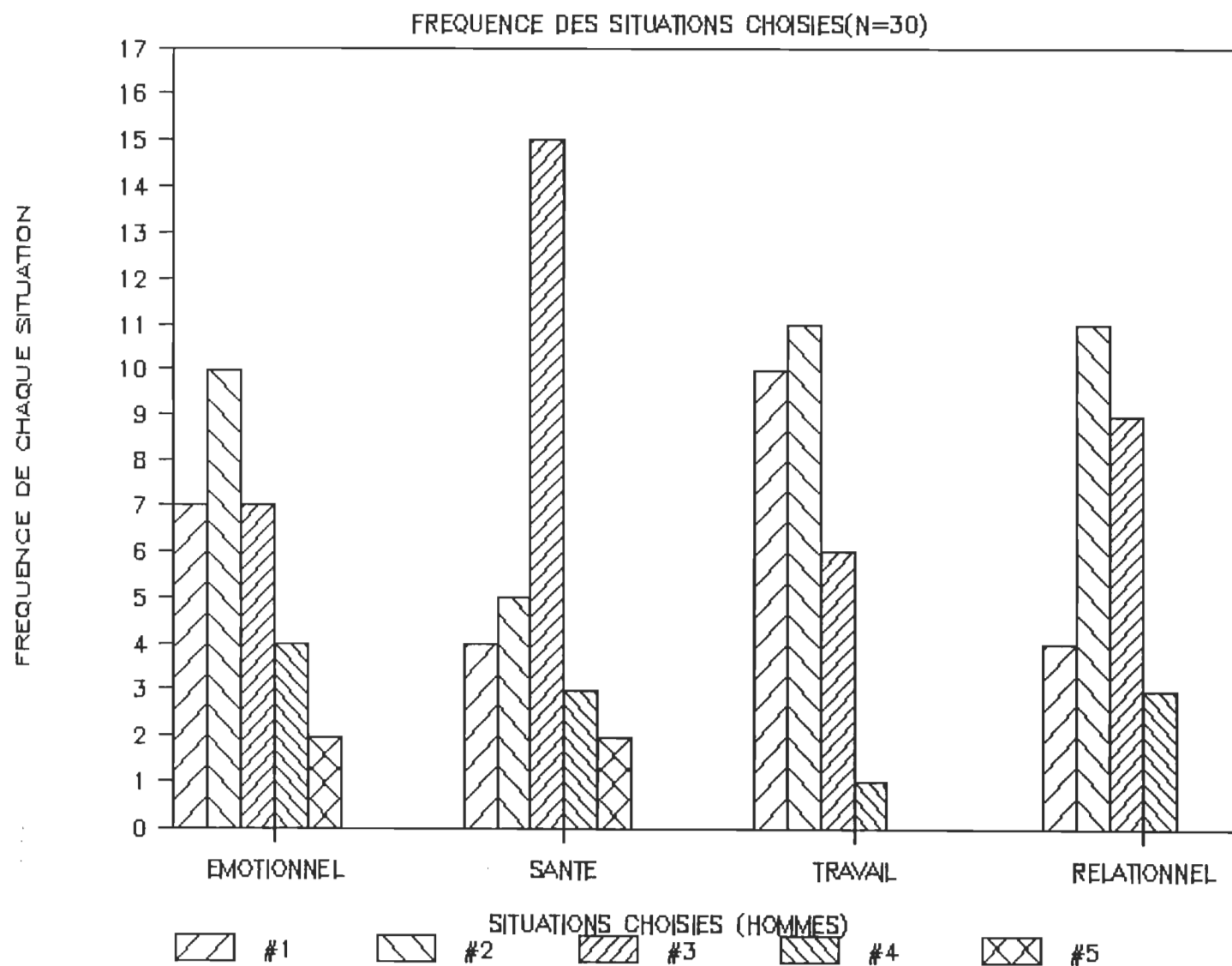
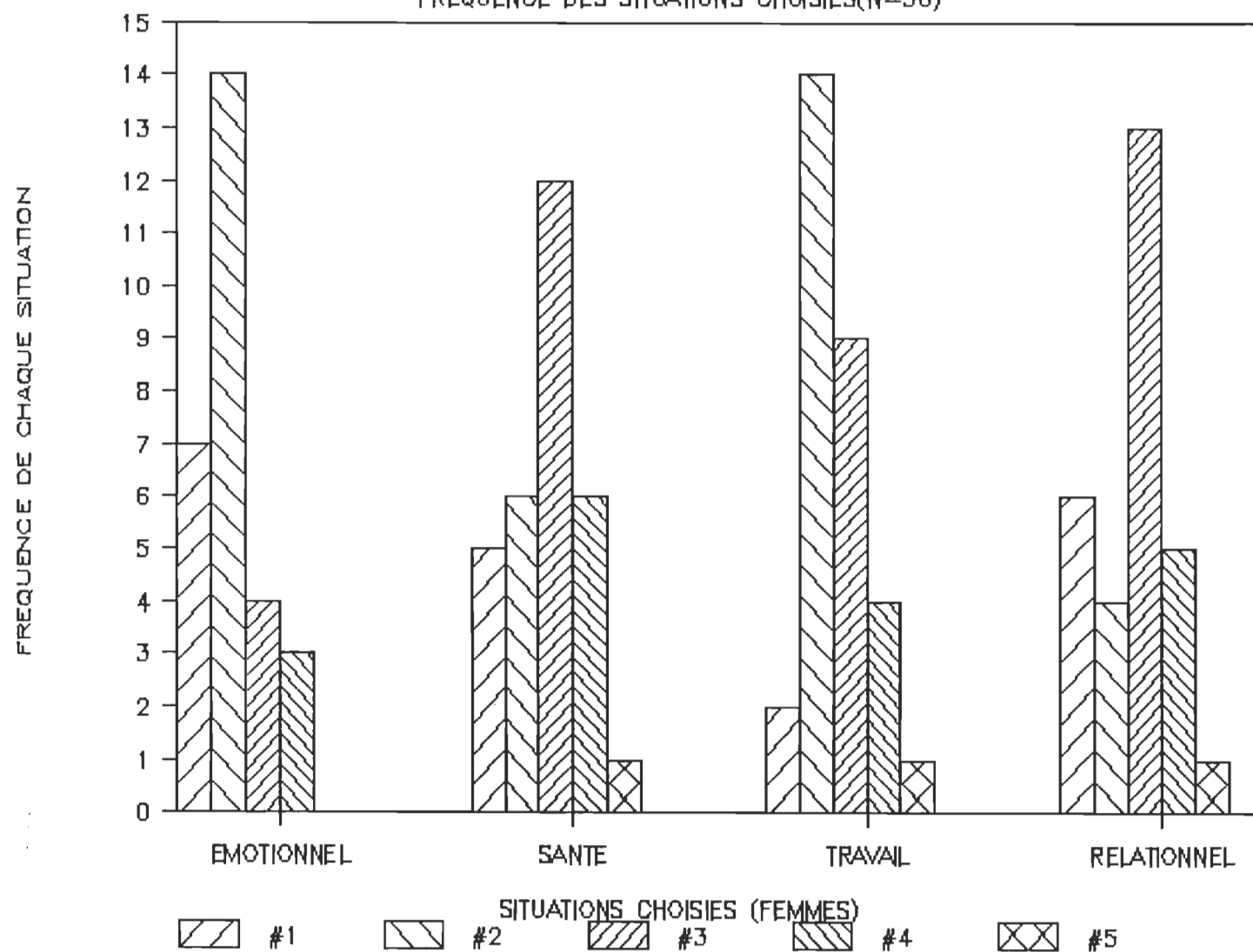


FIGURE VI

FREQUENCE DES SITUATIONS CHOISIES(N=30)



Remerciements

Je désire remercier sincèrement mon directeur de mémoire, monsieur Jean-Pierre Gagnier Ph. D. pour sa disponibilité et sa précieuse collaboration.

Je veux souligner également la collaboration du docteur Michel Hinse, Directeur des Services Professionnels de l'hôpital de Dolbeau et du docteur Laurent Boisvert, Directeur des Services Professionnels de l'hôpital de Roberval relativement au recrutement des sujets. Enfin je remercie spécialement monsieur André Gaudreault et son équipe d'intervenants au programme de réadaptation cardiaque de Trois-Rivières.

A un niveau plus personnel, je remercie Ruth, Audrey et Maxime.

Références

- Aneshensel, C. S. & Frerichs, R. R. (1982). Stress, support and depression: a longitudinal causal model. Journal Community on Psychology, 10, 363-376.
- Avorn, J. & Langer, E. J. (1982). Induced disability in nursing home patients: a controlled trial. Journal American Gerontology Social, 30, 397-400.
- Badger, T. A. (1990). Men with cardiovascular disease and their spouses: coping, health and marital adjustment. Archives of Psychiatric Nursing, IV (5), 319-324.
- Baillargeon, J., Dubois, G. & Marino, R. (1986). Traduction française de l'échelle d'ajustement dyadique. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 18, 25-34.
- Bedsworth, J. A., Molen, M. T. (1982). Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. Nursing Research, 11 (5), 450-456.
- Ben-Sira, Z., Eliezer, R. (1990). The structure of readjustment after heart attack. Social Sciences Medicine, 30 (5), 523-536.

- Bohachick, P., Anton, B. B. (1990). Psychosocial adjustment of patients and spouses to severe cardiomyopathy. Research in Nursing & Health, 13, 385-392.
- Boss, P., (1984). Family stress. Handbook of Marriage and Family.
- Bramwell, L. (1986). Wives' experiences in the support role after husbands' first myocardial infarction. Heart & Lung, 15, 578-584.
- Bureau de la Statistique du Québec (1992). La situation démographique au Québec. Edition Québec: bureau de la statistique, Chap. 4, 38-41.
- Carter, R. E. (1984). Family reactions and reorganization patterns in myocardial infarction. Family Systems Medicine, 2 (1), 55-65.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98, 310-357.
- Coyne, J. C. & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4, 454-460.

- Coyne, J. C. & Smith, A. F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: a contextual perspective on wives' distress. Journal of Personality and Social Psychology, 61 (3), 404-412.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and internal structure of tests. Psychometrika, 16, 297-334.
- Cutrona, C. E. & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, G. R. Pierce (Eds), Social support: an interactional view, (pp. 319-366). New York: John Wiley & Sons.
- Dean, A. & Ensel, W. M. (1982). Modelling social support, life events, competence, and depression in the context of age and sex. Journal of Community Psychology, 10, 392-408.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The hopkins symptom checklist: a self-report symptom inventory. Behavioral Science, 19, 1-15.
- Doherty, W. J. & Campbell, T. L. (1990). Famille et santé. Edition Saint-Yves inc.

- Doherty, W. J. & Schrott, H. G. (1983). Effect of spouse support and health beliefs on medication adherence. The Journal of Family Practice, 17 (5), 837-841.
- Dohrenwend, B. S. & Martin, J. L. (1979). Personal versus situational determinants of anticipation and control of occurrence of stressful life events. American Journal of Community Psychology, 7, 453-468.
- Evans, R. L. & Northwood, L. K. (1983). Social support needs in adjustment to stroke. Archives Physical Medicine Rehabilitation, 64, 61-64.
- Fiske, V. & Coyne, J. C. & Smith, D. A. (1991). Couples coping with myocardial infarction: an empirical reconsideration of the role of overprotectiveness. Journal of Family Psychology, 5 (1), 4-20.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50 (5), 992-1003.

Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50 (5), 571-579.

Folkman, S., Lazarus, R. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. Journal of Abnormal Psychology, 95 (2), 107-113.

Folks, D. G., Blake, D. J., Fleece, L. Sokol, R. S. & Freeman III, A. M. (1986). Quality of life six months after coronary artery bypass surgery: a preliminary report. Southern Medical Journal, 79 (4), 397-399.

Fondation des Maladies du Coeur (1992). Augmenter vos chances de lutter contre l'ennemi numéro 1 au Canada: faits et statistiques. Publié par la Fondation des Maladies du Coeur.

Fournet, K. & Schaubhut, R. M. (1986). What about spouses? Focus on Critical Care, 13 (1), 14-18.

Gagnier, J. P. (1991). L'importance de la qualité de la relation du couple dans le processus de l'adaptation de l'individu au stress. Thèse de doctorat, département de psychologie, U.Q.A.M.

- Gilliss, C. L. (1984). Reducing family stress during and after coronary artery bypass surgery. Nursing Clinics of North America, 19 (1), 103-112.
- Glass, T. A. & Maddox, G. L. (1992). The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition. Social Science Medicine, 34 (11), 1249-1261.
- Goetz, S., Adler, R. H., Weber, R. (1992). High "need for control" as a psychological risk in women suffering from ischemic stroke: a controled retrospective exploratory study. International Journal Psychiatry in Medicine, 22 (2), 119-129.
- Gottlied, B. H. (1983). Social support strategies: guidelines for mental health practice. Beverly Hills, CA: Sage.
- Granger, J. (1974). Full recovery from myocardial infarction: psychosocial factors. Heart and Lung, 3, 600-610.
- Guay-Genest, S. (1986). Stress et double-rôle chez un groupe d'infirmières. Thèse de maîtrise, Québec: école de Psychologie, Université Laval.

- Gunn, W. B. (1986). Psychosocial factors affecting adaptation of patients and spouses to myocardial infarction. A dissertation submitted to the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Havik, O. E. & Maeland, J. G. (1989). Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 34 (3), 271-285.
- Helgeson, V. S. (1992). Moderators of relation between perceived control and adjustment to chronic illness. Journal of Personality and Social Psychology, 63 (4), 656-666.
- Hentinen, M. (1983). Need for instruction and support of wives of patients with myocardial infarction. Journal of Advanced Nursing, 8, 519-524.
- Hilbert, G. A. (1985). Spouse support and myocardial infarction patient compliance. Nursing Research, 34 (4), 217-220.
- Hill, R. (1949). Families under stress. New York: Harper & Row
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment scale. Journal of Psychosomatic Research, 39, 413-431.
- Kobasa, S. C. (1979). Personality and resistance to illness. Journal of Psychological Research, 7, 413-423.

- Kobasa, S. C. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 707-717.
- Lacharité, C. (1988). Le Q-sort sur la relation conjugale: élaboration et validation d'un instrument permettant aux conjoints de décrire leur relation conjugale. Thèse de Doctorat, U.Q.T.R.
- Ladwid, K. H., Lehmacher, W., Breithard, G., Budde, T. & Borggreffe, M. (1992). Factors which provoke post-infarction depression: results from the post-infarction late potential study (pilp). Journal of Psychosomatic Research, 36 (8), 723-729.
- Ladwid, K. H., Kieser, M., König, J., Breithard, G. & Borggreffe, M. (1991). Affective disorders and survival after acute myocardial infarction: results from the post-infarction late potential study. European Heart Journal, 12, 959-964.
- Laerum, E., Johnsen, N., Smith, P. & Larsen, S. (1988). Myocardial infarction may induce positive changes in life-style and in the quality of life. Scand. J. Prim. Health Care, 6, 67-71.

- Langeluddecke, P., Fulcher, F., Baird, D., Hughes, C. & Tennant, C. (1989). A prospective evaluation of the psychosocial effects of coronary artery bypass surgery. Journal of Psychosomatic Research, 33, 37-35.
- Langeluddecke, P., Fulcher, F., Baird, D., Hughes, C. & Tennant, C. (1989). Coronary artery bypass surgery: impact upon the patient's spouse. Journal of Psychosomatic Research, 33, 155-159.
- Larsson, P. A. & Fridlund, B. (1991). Aspects of life stress after myocardial infarction: implications for a multifactorial rehabilitation. Clinical Rehabilitation, 5, 71-76.
- Lazarus, R. S., De Longis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes: the problem of confounded measures. American Psychologist, 40, 770-779.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York : Springer.
- Lazarus, R. S., Cohen, J. B., Folkman, S., Kanner, A. & Schaefer, C. (1980). Psychological stress and adaptation: some interrelated issues. in H. Selye (ed.) Selye's Guide to Stress Research, (pp. 90-117). New York: Van Nostrand Reinhold.

- Lemyre, L., Tessier, R., Fillion, L. (1988). Mesure du Stress Psychologique (M.S.P.): manuel d'utilisation. Ecole de psychologie, Université Laval.
- Lemyre, L. (1986). Stress psychologique et appréhension cognitive. Thèse de doctorat, Université Laval, Québec.
- Lepore, S. J., Evans, G. W. & Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychosocial distress. Journal of Personality and Social Psychology, 61 (6), 899-909.
- LeVine, S. D. (1982). The relationship between a first myocardial infarction and coping skills of marriage partners. Dissertation of University of Cincinnati.
- Lin, N., Ensel, W. M., Simoene, R. S. & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. Journal of Health and Social Behavior, 20, 108-119.
- Martin, P. & Hyong-Sil, L. (1992). Indicators of active and passive coping in myocardial infarction victims. Journal of Gerontology, 47 (40), 238-241.

- Mayou, R. (1979). The course and determinants of reactions to myocardial infarction. British Journal of Psychiatry, 134, 588-594.
- Mayou, R. (1984). Prediction of emotional and social outcome after a heart attack. Journal of Psychosomatic Research, 28 (1), 17-25.
- Mayou, R., Foster, A., Williamson, B. (1978). Psychosocial adjustment in patients one year after myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 22, 447-453.
- McCubbin, H.I., Joy, C. B., Cauble, A.E., Comeau, J.K., Patterson, J. M. & Needle, R.H. (1980). Family stress and coping: a decade review. Journal of Marriage and the Family, 42 (4), 55-871.
- McCubbin, H. I., Patterson, J. M. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. Marriage and Family Review, 6, 7-38.
- Meddin, J. & Brelje, M. (1983). Unexpected positive effects of myocardial infarction on couples. Health and Social Work, 23, 143-146.

- Mitchell, R. E. & Trickett, E. J. (1980). Task force report: social networks as mediators of social support. Community Mental Health Journal, 16, 27-44.
- Muckle, G. (1993) (sous presse). Adaptation des mères et des pères à la naissance d'un premier enfant malformé: le rôle du soutien social. Thèse de doctorat de l'Université Laval.
- Nyamathi, A. M. (1987). The coping responses of female spouses of patients with myocardial infarction. Heart Lung, 16 (1), 86-92.
- Perlin, L. I., Meaghan, E. G., Lieberman, M. A. & Mullan, J. T. (1981). The stress process, Journal of Health Social Behavior, 22, 337-356.
- Rivolier, J. (1989). L'homme stressé. Presse Universitaire de France.
- Rolland, J. (1987). Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. Family Process, 26, 203-221.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. D. & Chaudhary, B. S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. The New England Journal of Medicine, 311 (9), 552-559.

Santé-Québec (1991). Enquête Québécoise sur la santé cardiovasculaire. Publié par le Gouvernement du Québec.

Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment, In B.R. Sarason, I.G. Sarason, G.R. Pierce (Eds), Social support: an interactional view, (pp. 9-25). New York: John Wiley & Sons.

Schulz, R. & Tompkins, C.A. (1990). Life events and changes in social relationships: examples, mechanisms and measurement. Journal Social Clinical Psychology, 9, 69-77.

Seeman, T. E. & Berkman, L. F. (1988). Structural characteristics of social support networks and their relationships with social support in the elderly: Who provides support. Social Sciences Medicine, 26, 737-749.

Selye, H. (1974). Stress sans détresse. Editions La Presse.

Sexton, D. L. & Munro, B. H. (1985). Impact of husband's chronic illness (COPD) on the spouse's life. Research in Nursing and Health, 8, 83-90.

Shanfield, S. B. (1990). Myocardial infarction and patients'wives. The Academy of Psychosomatic Medicine, 21 (2), 138-145.

- Shumaker, S. A. & Brownell, A. (1985). Social support: a introduction to a complex phenomenon. Journal of Social Issues, 40 (4), 1-9.
- Silverstone, P.H. (1990). Changes in depression scores following life-threatening illness. Journal of Psychosomatic Research, 34, 659-663.
- Smolla, N. (1988). La transition à la parentalité: impact du soutien social, de l'évaluation subjective des stressseurs et du tempérament du bébé sur le stress maternel. Thèse de doctorat, Québec: école de psychologie , Université Laval.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 38, 15-28.
- Spieldberger, C. D. (1971). Notes and comments on trait state anxiety and motor behavior. Journal of motor Behavior, 3, 265-279.
- Steinglass, P., Temple, S., Lisman, S. & Reiss, D. (1982). Coping with spinal cord injury: the family perspective. General Hospital Psychiatry, 4, 259-264.

- Stephenson, W. (1953). The study of behavior. Universite of Press, Chicago.
- Taylor, C. B., Bandura, A., Ewart, C. K., Miller, N. H. & De-Busk, R. F. (1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. American Journal of Cardiology, 55, 635-638.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior, 23, 145-149.
- Thompson, D. R. & Meddis, R. (1990). Wives' responses to counseling early after myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 34 (3), 249-258.
- Thompson, D. R. & Meddis, R. (1990). A prospective evaluation of in hospital counselling for first myocardial infarction men, Journal of Psychosomatic Research, 34 (3), 237-248.
- Thompson, D. & Cordle, C. J. (1988). Support of wives of myocardial infarction patients. Journal of Advanced Nursing, 13, 223-228.

- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. Psychological Bulletin, 90, 89-101.
- Tousignant, M. (1992). Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques. Paris: Presse Universitaire de France.
- Trelawny-Ross, C. & Russel, O. (1987). Social and psychological reponses to myocardial infarction: multiple determinants of outcome at six months. Journal of Psychosomatic Research, 31, 125-131.
- Wethington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behavior, 27, 78-89.
- Winnicka, A. (1991). Anxiety as a componant of a patient's attitude to illness and the attitude to work in patients after myocardial infarction. Polish Psychological Bulletin, 22 (3), 193-199.
- Worby, C. M., Altrocchi, J., Veach, T. L. & Crosby, R. (1991). Early identification of symptomatic post-MI families. Family Systems Medicine, 9 (2), 127-135.

- Wynne, L. C., Shield, C. G., & Sirkin, M. I. (1992). Illness, family theory and family therapy: conceptual issues. Family Process, 31, 5-18.
- Yates, B. H. (1989). Illness demands and social support during recovery from a cardiac illness event. Dissertation of Universite of Washington.